

Table des matières

1. Résumé	
2. Remerciements.....	
3. Déclaration	
4. Introduction.....	1
4.1. Problématique	3
4.2. Question de recherche	4
4.3. But de la recherche.....	4
5. Cadre conceptuel.....	5
5.1. La dépendance.....	5
5.2. Dépendance et addiction	6
5.3. La codépendance	8
5.4. Le stress.....	11
5.5. Le coping.....	12
5.6. Approche systémique	13
5.7. Le modèle de Calgary.....	15
5.8. La théorie des systèmes.....	16
6. Méthode	18
6.1. Devis de recherche.....	18
6.2. Collecte des données	18
6.3. Sélection des données	20
6.4. Analyse des données	20
7. Résultats.....	22
7.1. Étude 1 (Nagesh, 2015).....	22
7.2. Étude 2 (Sharma et al., 2016).....	25
7.3. Étude 3 (Antunes, Marcon & Oliveira, 2013).....	28
7.4. Étude 4 (Borges Bortolon, et al., 2016).....	30
7.5. Étude 5 (Antunes & de Oliveira, 2016).....	34

7.6.	Étude 6 (Gethin, Trimmingham, Chang, Farrell & Ross, 2016)	37
8.	Synthèse des résultats.....	41
9.	Discussion	43
9.1.	Discussion des résultats	43
9.2.	Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences	47
9.3.	Limites et critiques de la revue de la littérature	47
10.	Conclusion	49
10.1.	Propositions pour la pratique.....	49
10.2.	Propositions pour la formation.....	50
10.3.	Propositions pour la recherche.....	51
11.	Bibliographie	52
12.	Annexes	58
12.1.	Annexe I : Tableaux de recension	58
12.1.	Annexe II : Pyramide des preuves.....	64
12.2.	Annexe III : Glossaire méthodologique.....	65
12.3.	Annexe IV : Glossaire technique	70
12.4.	Annexe V : Glossaire des échelles utilisées dans les études.....	73

4. Introduction

L'alcool est une substance psychoactive très consommée à travers le monde (Organisation mondiale de la Santé, 2017). L'alcool et en particulier le vin sont ancrés dans la culture suisse et valaisanne. La viticulture joue un grand rôle pour les cantons romands. Le vin est symbole de convivialité et occupe une place importante dans la vie sociale. Il est présent dans la religion ainsi que lors de nombreuses occasions (Viva, 2016). Le canton du Valais constitue la plus importante région vinicole de Suisse. Un tiers de sa superficie est dédiée à la viticulture, soit environ 5200 hectares de vignes, générant une production annuelle de 50 millions de litres de vin (Registre des vignes, 2016).

Ici en Suisse, environ 80% des personnes de plus de 15 ans consomment occasionnellement de l'alcool (Addiction Suisse, 2014). Cette revue de la littérature cible une des nombreuses répercussions que peut engendrer son abus : la codépendance d'un proche.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (Organisation mondiale de la Santé, 2011), l'alcool représente le troisième facteur de risque de décès prématuré et d'incapacité dans le monde. Son usage nocif se répercute massivement sur la santé publique. En effet, c'est un facteur de risque pour de nombreuses maladies, en particulier certains cancers, la dépression, les maladies cardiovasculaires, la cirrhose du foie et certaines maladies neurologiques. Les troubles cognitifs tels que la démence alcoolique, le syndrome de Korsakoff et les encéphalopathies sont les principales conséquences neurologiques de l'abus chronique d'alcool (Collège des Enseignants de Neurologie, s.d.). L'abus de cette substance augmente par ailleurs le risque d'accidents et de morts violentes, ce qui est la répercussion la plus grave du point de vue de la santé publique (Observatoire valaisan de la santé, 2016).

Mais la consommation d'alcool ne nuit pas seulement à la santé du consommateur. Des conséquences sociales telles que des situations de rupture et de divorce peuvent survenir au sein de la famille. De plus, de nombreuses recherches expliquent qu'un lien peut être établi entre violence conjugale et consommation d'alcool (Maffli, 2002, p. 6-7).

Parfois, le consommateur perd son travail ou s'absente à de nombreuses reprises à cause des conséquences de la substance (Klingemann, 2001, p.7). Des difficultés financières et judiciaires peuvent aussi survenir. Elles sont causées le plus souvent par

mauvaise gestion de son budget, la perte de son emploi, le coût de la consommation d'alcool, les amendes ("Les répercussions sur le plan social," 2012).

Au niveau national, le Monitoring suisse des addictions (Gmel, Kuendig, Notari & Gmel, 2016, p. 21) montre qu'en 2015, environ une personne sur dix (10,7%) rapportait consommer de l'alcool quotidiennement et plus d'un cinquième de la population présentait une consommation à risque. Il existe deux types de consommation à risque (Gmel et al., 2016, p. 21-22). Tout d'abord, la consommation chronique devient à risque lorsqu'elle dépasse 20 g d'alcool par jour pour les femmes et 40 g par jour pour les hommes. Puis il existe la consommation ponctuelle, au moins une fois par mois : quatre verres standards¹ ou plus pour les femmes et cinq verres standards ou plus pour les hommes lors d'une seule occasion (Addiction Suisse, 2014, p. 3).

Selon les données de l'enquête suisse sur la santé (ESS), en Valais en 2012, 24% des hommes et 9% des femmes déclaraient consommer quotidiennement de l'alcool (Observatoire valaisan de la santé, 2016). Toujours selon cette source, la population valaisanne ayant une consommation à risque était plus importante (9% des hommes, 6% des femmes) qu'ailleurs en Suisse (respectivement 6% et 4%).

Comme l'explique Beattie (1995), les addictions sont des maladies de familles (p. 29). Addiction Suisse (2011a) renforce cette affirmation :

L'alcoolisme est une maladie dont la souffrance est contagieuse au sein de l'entourage. Que l'on soit partenaire, enfant, parent, ami-e, collègue de travail ou voisin-e d'une personne dépendante de l'alcool, chacune et chacun peut être, à des degrés différents, concerné-e par ce problème. Les personnes qui vivent dans l'entourage très proche d'une personne dépendante de l'alcool sont particulièrement affectées par le problème (p. 3).

L'organisation Eurocare a dirigé la publication, en 1998, d'un rapport dans lequel elle insiste sur le fait que tous les membres de la famille sont touchés psychologiquement, socialement mais aussi physiquement par les effets de cette dépendance. Le comportement de dépendance peut être soutenu directement ou indirectement par un

¹ Annexe IV : Glossaire technique

membre de la famille. Il peut aussi être l'expression d'une perturbation dans les relations au sein du système familial (Eurocare et al., 1998, p. 50-52).

Addiction Suisse (2011b, p. 3) estime qu'en Suisse, des centaines de milliers de personnes vivent avec un proche dépendant à l'alcool.

4.1. Problématique

4.1.1. Définition générale du problème

La dépendance à des substances psychotropes se définit selon Jaquet (2013) comme « le besoin impérieux de continuer d'absorber certaines drogues afin de chasser un état de malaise somatique (physique ou psychique) dû au sevrage » (p. 12). Lorsque la consommation de substances psychoactives s'effectue de façon chronique, le cerveau modifie sa physiologie pour limiter les effets de la substance. Sur le long terme, le cerveau devient moins sensible aux psychotropes, ce qui pousse le consommateur à augmenter les doses pour ressentir les mêmes effets qu'auparavant (Axess, 2009, p. 11).

Le concept de codépendance se développe dans le domaine de la dépendance chimique avec le traitement des familles de personnes dépendantes à l'alcool (Hughes-Hammer, Martsof & Zeller, 1998, p. 327). Différents professionnels l'utilisant simultanément, il est complexe d'en connaître l'origine et l'histoire. Selon Hughes-Hammer et al. (1998, p. 327), ce concept apparaît vers 1975. Il concerne les membres de la famille d'une personne dépendante à l'alcool ou à d'autres drogues. Il est utilisé pour regrouper et décrire les pensées et les comportements des proches d'une personne dépendante à une substance. Leurs attitudes peuvent être définies comme habilitantes dans le but de compenser ou dissimuler la consommation de leur proche. Elles sont provoquées par un sentiment de compassion et d'inquiétude. C'est en voulant empêcher la survenue de conséquences négatives que la personne développe ces comportements habilitants (Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances, s.d.). C'est leur solution afin de lutter et faire face à la dépendance de leur proche (Rotunda, 1998). Eurocare et al. (1998, p. 22) ajoute que c'est aussi un moyen de retrouver de la sécurité et de l'estime de soi.

4.1.2. Explication de l'importance du problème

Le consommateur excessif d'alcool ne cause pas des problèmes uniquement à lui-même, mais à tout son entourage (Eurocare et al., 1998, p. 19). Les comportements problématiques peuvent déboucher sur trois types de conséquences touchant les

proches, à savoir : des conséquences dues à des comportements inadéquats de la personne sous l'influence de l'alcool, des conséquences économiques et sociales ainsi que des conséquences relationnelles (Maffli, 2002, p. 4). L'organisation Eurocare et al. (1998, p. 19) ajoute que ces conséquences affectent à leur tour la structure et le fonctionnement du système de relations au sein de la famille touchée. Pour y faire face, l'entourage met en place des ressources, que l'on appelle stratégies d'adaptation, afin de trouver des solutions protectrices. Celles-ci peuvent se révéler inefficaces (Maffli, 2002, p. 7). Selon Danis (2002, p. 15), presque toutes les personnes proches se sentent coupables et honteuses. Elles pensent être responsables de la dépendance de l'autre membre de la famille.

Lorsque la personne dépendante à l'alcool décide de se sevrer, c'est tout l'équilibre de la famille qui est perturbé. Cette abstinence conduit à une réorganisation et à une redistribution des rôles au sein de ce système. De plus, la personne abstinente prend conscience des dommages qu'elle a causés à sa famille et à elle-même. Pendant la période de consommation, l'alcool est pour tous les membres de la famille un liant stabilisateur. L'arrêt de la consommation d'alcool nécessite donc le soutien de l'entourage et sa prise en charge conjointement à celle de la personne dépendante à l'alcool (Tamian, 2017, p. 75-76).

4.2. Question de recherche

Les préoccupations liées à l'alcool envahissent tous les aspects de la vie du conjoint au détriment de son propre épanouissement. En subissant les conséquences de la dépendance à l'alcool de son partenaire, le conjoint développe des mécanismes de codépendance qui participent à l'homéostasie du système conjugal et contribuent à la pérennité du fonctionnement du couple (Tamian, 2017, p. 69-70).

La question de recherche est la suivante : « Comment accompagner un conjoint codépendant dans son quotidien lors du sevrage d'un patient alcoolo-dépendant au sein d'une institution psychiatrique ? »

4.3. But de la recherche

Cette recherche a pour buts d'identifier les besoins des conjoints et les stratégies infirmières pour les accompagner de manière efficace. Elle a aussi comme objectif d'identifier des améliorations possibles de la pratique infirmière.

5. Cadre conceptuel

Au vu de la problématique et pour mieux saisir le thème de cette revue de la littérature, trois concepts sont à définir. Pour commencer, la dépendance, qui est présentée avec les critères de la CIM10. Puis le concept de codépendance s'intéressera à la famille du consommateur et introduira les notions de stress et de coping. Enfin, l'approche systémique présentera l'importance de la famille dans les interventions infirmières.

5.1. La dépendance

Selon la CIM10 (Organisation mondiale de la Santé, 1993, p. 68-69), le syndrome de dépendance est défini comme suit :

Ensemble des phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique entraîne un désinvestissement progressif des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance consiste en un désir puissant (parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit). Au cours des rechutes, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement.

D'après cette même classification, la dépendance se définit selon six critères. Le diagnostic n'est posé qu'en présence d'au moins trois des critères à n'importe quel moment de l'année :

- (1) Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
- (2) Altération de la capacité à contrôler l'utilisation de la substance (difficultés à s'abstenir, interrompre ou contrôler sa consommation) ;
- (3) Présence d'un état de sevrage physiologique en cas d'arrêt ou de diminution de la prise ;
- (4) Signes de tolérance, comme par exemple augmentation nécessaire de la dose de substance pour obtenir les effets produits par des doses initialement plus faibles ;
- (5) Perte progressive d'intérêt pour d'autres plaisirs ou activités dû à l'usage de la substance. Le temps nécessaire pour se procurer, consommer ou récupérer des effets de la substance augmente ;
- (6) Poursuite de l'usage de la substance malgré ses conséquences manifestement nocives (lésions hépatiques, état dépressif, atteinte des fonctions cognitives) ; il

faudra éventuellement déterminer si l'utilisateur pouvait être conscient de la nature et de l'étendue des dommages.

5.2. Dépendance et addiction

L'addiction est à distinguer de la dépendance. La dépendance explique les mécanismes de la consommation régulière qui crée un dysfonctionnement neurologique. L'addiction, quant à elle, rassemble les comportements et attitudes découlant de cette dépendance ; elle ne touche pas tous les consommateurs chroniques (Jaquet, 2013, p. 12). Elle provient d'une altération des mécanismes d'apprentissage cérébraux et modifie les processus de motivation et de prise de décision. Il est difficile pour la personne concernée de contrôler ou d'interrompre son comportement : le besoin irrésistible de consommer apparaît malgré les conséquences négatives sur la santé et sur la vie sociale de l'individu (Axess, 2009, p. 5).

5.2.1. Mécanismes de la dépendance

Avant de comprendre les mécanismes spécifiques à la dépendance, il est essentiel de s'intéresser au fonctionnement de certaines parties du cerveau. C'est dans celui-ci que les substances psychoactives perturbent les états de conscience, l'humeur et les pensées de l'individu (Organisation mondiale de la Santé, 2004, p. 7). Le système limbique¹ est un réseau de voies nerveuses composé de différentes structures, comprenant entre autres l'hippocampe¹ et l'amygdale¹. La première de ces structures a pour rôle la mémorisation de souvenirs liés à une expérience. La seconde décode les émotions et les stimuli menaçants pour l'organisme (Axess, 2009, p. 6-7).

Les substances addictives agissent communément sur une partie spécifique du système limbique appelé le système de récompense¹. Plus précisément, elles interviennent au niveau des neurotransmetteurs¹ et miment leurs effets qui se retrouvent augmentés. Les plus importants sont la dopamine¹, la sérotonine¹, la norépinéphrine¹, l'acide gamma-aminobutyrique¹ (GABA), le glutamate¹ et les opioïdes endogènes¹ (Organisation mondiale de la Santé, 2004, p. 16).

Le système de récompense se trouve dans l'aire tegmentale ventrale¹ du système limbique. Son rôle primordial consiste à renforcer les comportements essentiels à la survie de l'espèce (procréation, alimentation, défense contre les prédateurs). Ce système valorise les actions avantageuses jugées positives qui sont renforcées pour être répétées

dans une situation similaire. En résumé, un comportement adapté sera mémorisé à chaque situation rencontrée. Le neurotransmetteur impliqué par ces neurones est la dopamine (Organisation mondiale de la Santé, 2004, p. 20). La dopamine informe le système nerveux de la différence entre ce qui est attendu et ce qui est effectivement reçu. Une récompense attendue ne produisant pas de pic de libération de dopamine va bloquer le sur-apprentissage des comportements dans le but de pouvoir les modifier si leurs conséquences venaient à changer. La dopamine libérée par le cerveau lorsqu'un comportement particulier aboutit à une conséquence positive et inattendue crée un signal d'apprentissage (Axess, 2009, p. 9).

5.2.2.L'alcool

L'alcool est la désignation courante de l'éthanol, une substance psychoactive (Richard, Senon & Valleur, 2006, p. 28). Il passe dans le sang par l'intermédiaire du système digestif. Depuis la circulation sanguine, il arrive au cerveau où il interfère avec les systèmes dopaminergique, sérotoninergique et endorphinergique¹.

L'éthanol active les neurones inhibiteurs et inhibe les neurones excitateurs. Cela provoque un effet de ralentissement général du fonctionnement du système nerveux central¹. Ce phénomène induit calme, relaxation, somnolence, diminution de la motricité, ralentissement de la fréquence respiratoire, nausées, et même coma selon la dose de substance consommée. Le fonctionnement de l'hippocampe est perturbé. Cela explique les phénomènes d'amnésie lors d'une consommation excessive d'alcool. Les capacités de jugement se retrouvent également affectées par ce ralentissement. L'éthanol augmente les effets inhibiteurs de GABA qui a pour fonction initiale de réduire l'activité des neurones sur lesquels il se fixe. Cette substance diminue aussi les effets excitateurs du glutamate alors que ce dernier favorise l'apprentissage et la mémoire (Organisation mondiale de la Santé, 2004, p. 18).

Au niveau du système de récompense, ce sont les neurones inhibiteurs dopaminergiques qui sont rendus inactifs. L'absorption d'alcool est suivie d'une augmentation de la libération de dopamine dans le système de récompense. Ce signal d'apprentissage renforce le comportement de consommation. Par la suite, le cerveau s'adapte et devient moins sensible, il retrouve un fonctionnement normal malgré la consommation. Ces adaptations ont tendance à inciter le consommateur à augmenter les doses consommées pour continuer d'en ressentir les effets (Axess, 2009, p. 11). Si la consommation



s'interrompt, le cerveau devient sur-stimulé. La personne se retrouve en état d'agitation, d'insomnie et risque même des crises d'épilepsie (Axess, 2009, p. 11).

5.3. La codépendance

5.3.1. Histoire et définition

Le concept de codépendance fait son apparition vers 1975, de façon diffuse car différents professionnels l'intègrent simultanément (Ribeyre, 2014, p. 267). Il est développé par les professionnels du domaine de la dépendance chimique pour la prise en charge des familles des personnes présentant une dépendance à l'alcool (Hughes-Hammer et al., 1998, p. 264). C'est au début des années 1980 que l'approche thérapeutique de la codépendance commence à être intégrée au traitement de la santé mentale en général (Hughes-Hammer et al., 1998, p. 357-328). Cette même année, le Conseil national de codépendance se penche sur la définition de ce concept : un comportement appris, exprimé par une dépendance envers des personnes ou des choses à l'extérieur de soi. De ce comportement appris découlent la négligence et la diminution de sa propre identité. Le faux soi qui émerge s'exprime souvent par des habitudes compulsives, des dépendances et d'autres troubles qui augmentent encore l'aliénation pour la véritable identité de la personne, favorisant un sentiment de honte (Hughes-Hammer et al., 1998, p. 328). Beattie (1995, p. 41) écrit qu'il est impossible de déterminer la prévalence de la codépendance du fait de la variation de la sévérité des symptômes en fonction des individus.

La codépendance telle que conceptualisée par Wegsheider-Cruse et Cruse en 1990 (comme cités par Hughes-Hammer et al., 1998, p. 328-329) comprend les trois groupes de symptômes suivants.

Le premier est le déni et la désillusion, en référence à une pensée déformée par rapport à la réalité. Le déni est un mode de défense par lequel une personne refuse de reconnaître la réalité, dans le but de se protéger d'une perception traumatisante (Laplanche & Pontalis, 1997, p. 115). La désillusion est ressentie lorsqu'elle constate que la réalité est différente de celle qu'elle avait imaginé (Larousse, 2017).

Le second groupe correspond à la répression émotionnelle. Il regroupe tout ce qui touche aux sentiments. Ces derniers sont refoulés ou déformés par le codépendant sur une période plus ou moins longue.

Quant au dernier groupe, la compulsion, il est défini par des actions répétées en permanence, malgré le fait qu'il n'y ait pas de récompense ou de plaisir. Certaines angoisses peuvent apparaître si la personne tente de résister à certains actes. Ce groupe fait référence aux comportements déformés (Laplanche & Pontalis, 1997, p. 84).

Hughes-Hammer et al. (1998, p. 328-329) proposent une révision de ce modèle de conception et exposent cinq symptômes précédant l'apparition de la codépendance : un symptôme central, et quatre autres qui en découlent.

Le premier symptôme repose sur la négligence de soi avec un focus sur l'autre (« Other Focus »). Les quatre autres sont les problèmes de famille, la faible estime de soi, le déni / la répression et les problèmes médicaux. Les auteurs conceptualisent le premier symptôme comme étant le comportement compulsif d'aider ou de contrôler des événements ou des personnes par la manipulation ou le conseil. Les problèmes de famille sont conceptualisés comme le fait de vivre ou d'avoir grandi au sein d'une famille où les pensées, les sentiments et l'affection sont peu exprimés. La faible confiance en soi se traduit en sentiments de honte, de culpabilité, d'humiliation et de haine envers soi. La dissimulation du soi inclut le contrôle des émotions négatives ainsi que la répression des sentiments. Les problèmes médicaux sont définis par les auteurs comme un sentiment de perturbation de la santé actuelle avec des inquiétudes concernant la santé réelle ou imaginaire.

5.3.2. Le triangle de Karpman

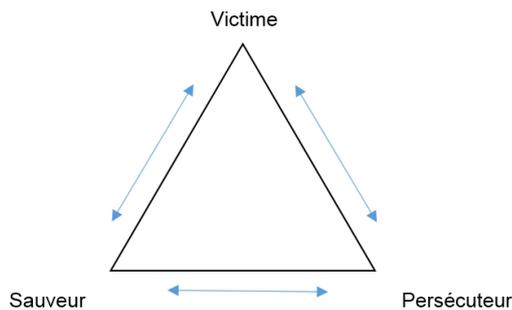
Le triangle de Karpman, aussi appelé triangle dramatique, est développé dans les années 1960 par Stephen Karpman, spécialiste en analyse transactionnelle¹ et psychothérapeute. Ce triangle s'inscrit dans la famille de la théorie des « jeux de manipulation » en analyse transactionnelle. Les trois sommets du triangle représentent chacun un rôle que nous adoptons dans une interaction en fonction de la situation, du moment ou de notre histoire. Les trois rôles pouvant être interprétés sont : la victime, le persécuteur et le sauveur (Raquin, 2007, p. 3-5). Dans son livre, Bernard Raquin dresse le portrait type des trois rôles.

La victime est décrite comme se trouvant dans une souffrance réelle ou imaginaire. Elle se sent souvent dominée, car elle craint d'affronter le conflit. Elle ne se sent pas digne d'être aimée. Elle peut se faire amadouer par un menteur. Elle tente parfois de placer son

interlocuteur dans une situation aussi accablante que la sienne, ou que celui-ci ne pourra soulager.

Le persécuteur se trouve souvent dans le jugement. Il se prétend réaliste et objectif et pense détenir la vérité. Aussitôt qu'il se sent menacé, il transforme ses partenaires en persécuteurs ou en victimes, dans le but de générer un conflit ou de la souffrance. Il apprécie peu que l'on cherche à le sauver.

L'attitude du sauveur est souvent confondue avec de la générosité. Mais, contrairement à une personne généreuse, le sauveur attend des résultats de son altruisme. Il est souvent dans l'amour conditionnel : tout ira bien si on accepte ma solution. Si cela ne se passe pas comme prévu, il commence à s'éloigner ou à faire des reproches. Il devient donc respectivement soit victime soit persécuteur. Il a tendance à voir l'autre comme une victime, même si cette dernière ne le vit pas ainsi.



Reproduction du schéma du triangle de Karpman

Tiré de : Croix-Bleue romande, 2012, p. 5

Au départ, chaque personne endosse, de manière consciente ou non, un des trois rôles. Le but de cette démarche est d'obtenir gain de cause. Au cours de l'évolution de la situation, les acteurs changent de rôles inconsciemment. Ils sont poussés à s'enfermer dans leur rôle. En découlent des réactions émotionnelles exagérées suite à des interprétations erronées. De ce fait, les situations de conflits ne se règlent pas mais, au contraire, s'aggravent.

Dans la suite de son livre, Raquin (2007, p. 72-79) présente différents moyens d'éviter d'entrer dans ce triangle dramatique. Il propose d'exprimer clairement ce que nous souhaitons ou refusons en ne parlant que du problème actuel. Il est inutile de s'en prendre à l'identité de son interlocuteur. Il propose ensuite quelques éléments à bannir,

notamment les sous-entendus, les théorisations et les généralisations. Il résume ses méthodes grâce à des concepts (p. 84-85). Le plus important d'entre eux est le respect en exprimant nos sentiments, sans affecter autrui. Le lâcher-prise, l'acceptation de l'autre tel qu'il est et l'amour inconditionnel sont aussi utiles pour ne pas se retrouver pris au piège dans ce triangle.

5.3.3. Le triangle de Karpman et les codépendants

Un triangle interne se met en place chez la personne codépendante. Cette dernière passe perpétuellement d'un rôle à un autre. Elle commence par être persécuteur, se blâmant de ne pas réussir à se détacher de son partenaire. Elle peut ensuite endosser le rôle du sauveur en se faisant de propres excuses, ce qui s'apparente au déni. Ces deux rôles finissent par aboutir au troisième : la victime. La personne répertorie les pertes et les sacrifices consentis. Le triangle peut aussi être repris pour comprendre la situation entre la personne dépendante et le proche codépendant. Comme expliqué plus tôt dans le travail, les deux personnes présentent certains sentiments, comportements ou réalités déformés. Cela les précipite dans un triangle dramatique.

Le triangle extérieur du codépendant se concentre sur le rôle du sauveur. Au début, la personne ressent de la pitié, de la culpabilité ou de l'anxiété. Le moyen d'atténuer ces émotions désagréables est de porter secours à l'autre. En retour, elle attend de la reconnaissance de la personne addictive et devient donc une victime. Elle accuse l'autre du fait qu'elle développe des émotions et des comportements similaires à ceux de la personne dépendante. Elle est alors le persécuteur (Croix-Bleue romande, 2012, p. 6).

La cohabitation avec une personne dépendante à une substance peut être vécue comme une expérience stressante par les membres de la famille (Arcidiacono et al., 2010, p. 661). La notion de stress est développée dans le point suivant.

5.4. Le stress

La découverte du stress revient principalement au Dr Hans Selye. Ce célèbre médecin endocrinologue observe durant ses visites auprès de ses patients qu'ils possèdent tous des points communs, quelle que soit leur maladie. Après de nombreuses années de recherches et d'études, il conclut que le corps crée une réponse non spécifique à la maladie ou aux attaques extérieures et démontre par la suite que le stress a un impact sur la santé (Lupien, 2015, p. 276-278).

Selon Hans Selye, le syndrome de stress se déroule en trois stades successifs. Le premier stade est une réaction d'alarme. Des moyens de défense sont mobilisés afin de réagir rapidement à l'agent stressant. Ensuite apparaît le stade de résistance : la défense se maintient, le corps s'adapte à l'agent stressant. Finalement, le stade d'épuisement se manifeste en fonction de la puissance de l'agent stressant. Une fois l'événement achevé, la phase de récupération intervient et permet aux réserves énergétiques de se reconstituer (Josse, 2007, p. 3).

La personne possède des ressources biologiques, psychologiques et sociales limitées pour faire face aux agents stressants. Ce ne sont pas les événements eux-mêmes, mais plutôt les perceptions et les processus cognitifs qui provoquent un état de stress (Callahan & Chabrol, 2004, p. 97-99).

Lorsque la personne perçoit une situation comme stressante, elle évalue les ressources personnelles et sociales à sa disposition afin d'y faire face. Elle juge si la situation est contrôlable, réfléchit à ce qu'elle peut faire et cherche qui peut l'aider. Elle se focalise soit sur le problème, soit sur l'émotion et tente d'obtenir des informations ou du soutien émotionnel (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2016, p. 457-458). Par la suite, elle élabore des stratégies de coping pour rendre l'impact de l'événement moins important (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2016, pp. 436-437). Le soutien social fournit donc une sorte d'assistance au coping (Callahan & Chabrol, 2004).

5.5. Le coping

Le concept de coping, étudié par Lazarus et Launier en 1978, est issu de l'étude des mécanismes de défense¹. Il désigne des réponses et des réactions que l'individu élabore pour maîtriser, réduire ou tolérer une situation stressante. Le coping est en général un processus conscient, volontaire et flexible. Mais il peut quelquefois se déclencher automatiquement, la personne n'étant pas toujours consciente des raisons de son activation. Il permet de faire face à un problème précis et, si possible, de le résoudre (Callahan & Chabrol, 2004, p. 2-3). Il désigne tous les processus qu'un individu place entre lui et une situation perçue comme menaçante, dans le but de maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de la situation sur son bien-être physique et psychologique (Lazarus & Folkman, cités par Paulhan, 1992, p. 545-546).

Pour Lazarus et ses collègues, le coping vise à modifier, avec ou sans succès, le problème à l'origine du stress et permet de réguler les réponses cognitives et émotionnelles qui y sont associées. Pour cela, il existe deux stratégies (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2016, p. 475-476).

D'une part, le coping centré sur le problème. Il adopte des stratégies orientées vers le management (la gestion) de l'événement. Lors des événements contrôlables, l'anxiété est amoindrie, mais dans les situations incontrôlables, elle augmente. D'autre part, le coping centré sur l'émotion cherche à contrôler l'émotion associée à l'événement stressant. C'est l'attitude de la personne qui est modifiée par les stratégies cognitives.

La personne peut choisir de mettre en place des comportements actifs pour lutter contre le problème et le résoudre. Cela sera du coping actif. En revanche, elle peut contourner le problème et tenter de diminuer son stress et ses émotions négatives. Ce sera donc du coping passif (évitant). Cette stratégie est la plus répandue, elle dévie l'attention de la source du stress afin de ressentir un sentiment de bien-être. Cette forme de coping peut s'associer à des activités plutôt négatives, notamment les addictions, par exemple au tabac ou à certains médicaments (Callahan & Chabrol, 2004, p. 101).

5.6. Approche systémique

5.6.1. Famille et soins infirmiers

Depuis le commencement des soins infirmiers, les infirmières ont toujours sollicité la famille au niveau des soins du malade. Autrefois, les soins se pratiquaient au domicile des patients. Il était donc naturel pour l'infirmière de collaborer avec les membres de la famille et de prendre en considération leur rôle. Avec l'apparition et la généralisation des centres hospitaliers, les proches se sont vus écartés des soins apportés au malade (Wright, Leahey & Campagna, 2013, p. 2-4).

Aujourd'hui, il est mis en évidence que la famille joue un rôle important dans le maintien de la santé et du bien-être de chacun de ses membres. Dans l'article « The family nurse : frameworks for Practice » de Schober et Affara, publié par le Conseil International des Infirmières (CII) en 2001, les soins infirmiers à la famille sont reconnus comme étant une des tendances nouvelles les plus importantes de la profession.

5.6.2. Importance et but

Les familles présentent des structures et des fonctionnements divers variant d'un pays et d'une culture à une autre. Il est donc difficile d'en obtenir une représentation claire. Cependant, la famille reste, dans notre société, une unité fondamentale avec laquelle il est primordial de collaborer (Conseil International des Infirmières, 2002, p. 2-8).

La santé de la famille n'a jamais été aussi importante pour façonner une société forte et dynamique. Les infirmiers contribuent à assurer le fondement important de la société lorsqu'ils aident des individus et leur famille à effectuer des choix sains face à la maladie ou à un handicap. Ces aides peuvent être prodiguées au domicile, à l'école ou sur le lieu de travail des patients (Conseil International des Infirmières, 2002, p. 2).

Le CII met en avant trois objectifs de la collaboration infirmière-famille : promouvoir la santé, prévenir les maladies et guérir. Toute intervention infirmière vise à produire un changement. L'entretien infirmier, par exemple, permet de répondre au besoin d'information du patient ou de ses proches, de les aider à formuler leurs demandes et de recueillir des données de qualité pour élaborer ensemble un projet de soins. Dans le cadre de l'approche systémique, le soignant ne peut choisir à l'avance des interventions prédéfinies pour un certain type de familles. De préférence, il détermine les interventions les plus utiles et les plus pertinentes en fonction du problème de santé concerné, en collaboration avec la famille concernée (Wright et al., 2013, p. 9).

Les infirmières ont besoin de s'appuyer sur une structure de base, un cadre de référence, pour pouvoir ensuite identifier les besoins et repérer les relations qui ont une influence sur la famille. Ces bases les aident donc à synthétiser les données recueillies et à planifier des interventions utiles à la famille (Conseil International des Infirmières, 2002, p. 5-16).

5.6.3. Prise en charge de la famille

Selon Wright et al. (2013, p. 12-14), il est recommandé d'intervenir dans les circonstances suivantes :

- Si un membre de la famille est atteint d'une maladie qui porte un préjudice évident aux autres, ou si un membre contribue à l'aggravation des problèmes chez un autre membre.
- L'amélioration de l'état d'un membre entraîne l'apparition ou une détérioration de la santé chez un autre membre de la famille.

- Si un problème affectif, comportemental ou physique se manifeste chez un enfant, lié à la maladie d'un membre de la famille.
- Si un diagnostic est posé pour la première fois chez un membre de la famille, si la maladie d'un membre de la famille s'aggrave, ou si un membre de la famille atteint d'une maladie chronique quitte l'hôpital pour réintégrer sa collectivité. Dans ces trois cas, la personne et sa famille doivent recevoir des informations et du soutien.

5.6.4. Les techniques de base en approche systémique

Dans son livre, Landry Balas (2008, p. 113-147) présente trois outils typiquement systémiques : le questionnement circulaire, le recadrage et la prescription de tâches. Ils permettent de favoriser les discussions entre les participants, d'aborder les sujets qui provoquent ou maintiennent les problèmes et, dans un même temps, d'instaurer un climat de coopération. Le questionnement circulaire a pour objectif d'élargir la vision des problèmes en s'intéressant aux interactions et au contexte qui ont amené ou qui maintiennent les troubles. Il est utile pour collecter des informations et rendre attentifs les intervenants au modèle systémique tout en stimulant la participation et les relations. Pour ce faire, les questions posées s'appuient sur le principe de causalité circulaire. Le recadrage modifie l'angle sous lequel on voit une situation. En général, le recadrage simple change un point de vue en son contraire. La prescription des tâches par le soignant s'avère utile pour diminuer ou éradiquer le problème. Elle promeut le changement en se concentrant plus sur les interactions que sur le contenu. Les tâches doivent être définies de façon claire, précise et réalisable, et porter sur l'observation, l'intensification d'un comportement ou l'apprentissage de nouvelles interactions pour les tâches simples.

5.7. Le modèle de Calgary

Le modèle de Calgary fait partie des quatre modèles reconnus par le Conseil International des Infirmières (CII). Il est divisé en deux parties : l'évaluation de la famille et l'intervention auprès de la famille. L'évaluation de la famille analyse trois dimensions de la famille : sa structure, son développement et son fonctionnement (Wright et al., 2013, p. 60). Les interventions familiales, quant à elles, agissent sur la promotion, l'amélioration et le soutien du fonctionnement de la famille. Différents domaines (affectif, cognitif et comportemental) sont influencés les uns par les autres au cours des interventions (Duhamel, 1995, p. 69).

Ce modèle met l'accent sur les forces et les ressources de la famille et invite l'infirmière à ne pas se focaliser uniquement sur les problèmes familiaux. Elle permet de dresser une image réaliste de la famille et reconnaît que celle-ci est unique.

Le modèle de Calgary fait appel à six fondements théoriques (le postmodernisme, la théorie des systèmes, la cybernétique, la théorie de la communication, la théorie du changement et la biologie de la cognition) qui, selon Wright et al. (2013, p. 28) aident à prendre conscience d'un grand nombre d'idées, de notions et de concepts en lien avec la famille et les soins infirmiers. Les six fondements théoriques qui suivent sont résumés du chapitre 2 du guide d'évaluation et d'intervention de Wright et al. (2013, p. 28-54).

Selon Watzlawick, Beavin et Jackson (cité par Wright et al., 2013, p. 38), la cybernétique met en lumière le principe d'autorégulation : le comportement de chaque membre influe sur celui des autres et il en subit l'influence à son tour. Il n'est donc pas constructif de blâmer une seule personne pour les difficultés que doit surmonter toute la famille. La théorie de la communication montre que cette dernière aide les membres de la famille à clarifier les règles, résoudre des conflits, maintenir et accroître l'estime de soi et exprimer des sentiments. Cette théorie met en lumière le fait que même la communication non verbale a une signification. La théorie du changement insiste sur le fait que celui-ci dépend du contexte et de la perception que l'on a du problème. Il ne se produit pas de la même façon chez tous les membres de la famille. La biologie de la cognition est un fondement défini par deux neurobiologistes qui ont mis en évidence que les humains ont différentes façons de comprendre les événements et leurs expériences de vie. L'infirmière pourra donc adopter une vision différente de la réalité et porter un regard neuf sur les personnes, leurs actions et leur maladie. La théorie des systèmes est la plus sollicitée pour étudier les familles (Wright et al., 2013, p. 30). Le prochain point lui est consacré.

5.8. La théorie des systèmes

Chaque membre d'une famille constitue à la fois un sous-système et un système en lui-même. Le système familial comprend de nombreux sous-systèmes (parents-enfant, conjugal, fratrie) et s'inscrit dans des supra systèmes (voisinage ou associations par exemple). Le tout constitué par la famille est plus grand que la simple addition de chacun des membres. Étudier chacun des membres ne revient pas à étudier la famille comme unité. Une analyse globale de la famille permet d'observer l'interaction qui se produit entre ses membres, ce qui aide souvent à mieux saisir le fonctionnement de chaque personne

individuellement. Tout changement qui se produit chez l'un des membres de la famille touche tous les autres membres. Pour comprendre cette phrase, l'analogie du mobile est souvent empruntée : lorsque l'on touche un élément de celui-ci, les autres pièces liées à la structure vont aussi bouger. Tout événement ou changement important qui touche un membre de la famille atteint chacun des autres à des degrés différents. Cette théorie nous aide à mieux évaluer les répercussions de la maladie sur la famille. Elle permet dans un second temps de comprendre que les interventions de l'infirmière vont à leur tour changer l'ensemble du système familial. Les comportements des membres de la famille sont plus compréhensibles grâce au point de vue de la causalité circulaire que grâce au principe de causalité linéaire. Ce dernier point modifie la formulation des questions que l'infirmière pose à la famille. Les questions de type linéaire visent à découvrir des caractéristiques descriptives, tandis que les questions circulaires approfondissent plutôt la dimension de l'interaction (Wright et al., 2013, p. 30-37).

6. Méthode

6.1. Devis de recherche

La recherche en sciences infirmières est principalement orientée par deux conceptions du monde : le paradigme naturaliste et le paradigme post-positiviste. Ces deux paradigmes contribuent au développement des connaissances dans la discipline et aident les chercheurs à structurer et guider leur recherche (Fortin & Gagnon, 2010, p. 24-26).

Le paradigme post-positiviste conçoit qu'il existe une réalité objective que l'on ne connaît qu'imparfaitement et qui se fonde sur des probabilités. Il cherche à appréhender au mieux la réalité et reconnaît que toutes les observations sont susceptibles d'erreurs. Le paradigme naturaliste s'établit sur le principe que la réalité sociale est multiple et qu'elle se construit sur les perceptions individuelles qui peuvent changer avec le temps. Les croyances liées à ce paradigme s'intéressent aux êtres humains, principalement à leur expérience de vie et au contexte dans lequel des liens se nouent avec l'environnement.

Afin de réaliser cette revue de la littérature, quatre études relevant du domaine des soins infirmiers et deux études appartenant au domaine de la médecine et de la psychiatrie ont été sélectionnées. La moitié des études se rattache au paradigme post-positiviste et l'autre moitié se fonde sur le paradigme naturaliste.

6.2. Collecte des données

La collecte des données a été effectuée de fin avril jusqu'à mi-mai 2017 sur quatre bases de données : CINAHL, BDSP, PubMed et Cochran Library. Les mots-clés entrés sur ces bases ont été « codépendance » ; « famille » ; « alcoolisme » ; « drogues » ; « coping » ; « nursing research », reliés les uns aux autres par l'opérateur booléen « AND ». Faute de résultats sur certaines bases de données, les mots-clés en français ont dû être traduits en anglais : « codependency » ; « family » ; « alcoholism » ; « drugs ».

Pour retenir les études potentiellement pertinentes, une lecture préalable du titre des articles a été effectuée afin de vérifier qu'ils correspondaient au thème de cette revue. Par la suite, les résumés ont été consultés pour connaître l'idée centrale de chaque étude.

Afin d'éclaircir la sélection des études, les résultats des quatre bases de données employées ont été retranscrits dans des tableaux récapitulatifs. Dans chacun d'eux sont indiqués les mots-clés, les opérateurs booléens recherchés sur la base, le nombre d'études trouvées et le nombre d'études retenues.

Base de données CINAHL

Mots-clés et opérateurs booléens	Études trouvées	Études retenues
Alcoholism AND Family AND Nursing	104	4
Alcoholism AND Codependency	28	1
Codependency AND Family	75	1
Coping AND Alcohol AND Wife	8	1
Coping AND Alcohol AND Family	189	4

Base de données BDSP

Mots-clés et opérateurs booléens	Études trouvées	Études retenues
Alcoolisme AND Famille AND Nursing	1	0
Codependency AND Family AND Nursing	0	0
Codependency AND Nursing	0	0
Codependency AND Family	0	0
Alcoholism AND Family	60	0

Base de données PubMed

Mots-clés et opérateurs booléens	Études trouvées	Études retenues
Alcoholism AND Nursing AND Family	238	2
Codependency AND Nursing	67	0
Alcoholism AND Nursing AND Wife	13	1
Coping AND Alcoholism AND Wife	28	0

Base de données Cochrane Library

Mots-clés et opérateurs booléens	Études trouvées	Études retenues
Codependency AND Family	3	0
Alcoholism AND Nursing AND Family	1	0
Alcoholism AND Family	3	0
Alcoholism AND Coping	1	0

6.3. Sélection des données

Après avoir retenu treize études, l'instauration de critères d'inclusion et d'exclusion a permis de filtrer davantage les résultats. Finalement, six études ont été sélectionnées.

Critères d'inclusion : études de source primaire ; publiées entre 2012 et 2017 ; écrites en français ou en anglais ; résultats permettant de saisir l'expérience de vie ou les sentiments de l'entourage d'une personne dépendante à l'alcool (mots clefs / critères : understanding, needs, experiences, feeling, quotidien, life) ; relevant de la discipline infirmière (au minimum quatre études).

Critères d'exclusion : pas d'études se penchant uniquement sur l'expérience de vie des personnes dépendantes à l'alcool ou à d'autres substances ; pas d'études sur l'expérience de la codépendance chez les soignants.

6.4. Analyse des données

Aucune étude n'a été trouvée sur deux bases de données différentes. Seule une étude est ressortie à deux reprises sur la base de données CINAHL. Les études retenues pour cette revue de la littérature se trouvent dans le tableau ci-après. Elles seront analysées individuellement dans la partie suivante (résultats).

	Auteurs	Titre	Date de publication	Base de données	Niveau de preuve
1	Nagesh, V. A.	Stress and Coping among the Wives of Alcoholics admitted in Selected De-Addiction Centers	2015	CINAHL	III
2	Sharma, N., Sharma, S., Ghai, S., Basu, D., Kumari, D., Singh, D., Kaur, G.	Living with an alcoholic partner: Problems faced and coping strategies used by wives of alcoholic clients	2016	PubMed	VI
3	Antunes, F., Marcon, S. S. et de Oliveira, M. L. F.	Feelings of caregivers of alcohol abusers at hospital admission	2013	CINAHL	VI
4	Bortolon, C. B., de Campos Moreira, T., Signor, L., Ferigolo, M., Guahyba, B. L., Tannhauser Barros, H. M, Rizzieri Figueiró, L.	Six-Month Outcomes of a Randomized, Motivational Tele-intervention for Change in the Codependent Behavior of Family Members of Drug Users	2016	CINAHL	II
5	Antunes, F., De Oliveira, M. L. F.	The quotidian of family caregivers of caregivers of alcohol users who required intensive care	2014	CINAHL	VI
6	Gethin, A., Trimmingham, T., Chang, T., Farrell, M., Ross, J.	Coping with problematic drug use in the family : An evaluation of the Stepping Stones program	2016	CINAHL	III

7. Résultats

7.1. Étude 1 (Nagesh, 2015)

Nagesh, V. A. (2015). Stress and Coping among the Wives of Alcoholics admitted in Selected De-Addiction Centers. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 5(3), 373-380.

7.1.1. Description de l'étude

L'étude a été réalisée au sein d'un centre de dépendance dans le district de Mysore dans l'état de Karnataka en Inde. Elle avait pour objectifs d'évaluer le stress et le niveau des stratégies d'adaptation chez les femmes de patients dépendants à l'alcool. Cette étude a aussi voulu déterminer si le niveau de stress et les stratégies d'adaptation avaient un lien avec certaines variables personnelles. Les hypothèses² de recherche n'ont pas été énoncées. Cependant, on peut déduire les variables indépendantes² qui sont les variables personnelles des participantes et les variables dépendantes² qui sont le niveau de stress perçu et le niveau d'adaptation des participantes.

Pour répondre aux objectifs, l'auteur a mené une étude quantitative corrélationnelle² auprès d'un échantillon de 60 épouses de patients dépendants à l'alcool admis dans certains centres de désintoxication du district de Mysore. Ces femmes ont été sélectionnées de manière non probabiliste². Elles ont participé à des entretiens structurés après avoir reçu des informations sur le but de l'étude et sur la confidentialité de leurs réponses. Elles ont signé un consentement éclairé puis ont rempli une fiche de profil personnel et un questionnaire élaboré par l'auteur portant sur le stress perçu et leurs méthodes d'adaptation.

L'analyse des données a organisé et synthétisé les données récoltées. Elle a aussi testé l'hypothèse de recherche de l'étude. Les résultats de cette analyse sont les suivants :

- Au niveau du stress perçu, la totalité des femmes s'est dite moyennement stressée. L'étude a révélé une association significative entre le stress et l'âge de la femme. Avec l'âge, le niveau de stress perçu était moins élevé. L'étude n'a pas trouvé de relations significatives entre le niveau de stress et des variables comme

² Annexe III : Glossaire méthodologique

la durée de l'alcoolisme du mari, la consommation d'alcool au cours de la dernière année et la nature de la consommation d'alcool.

- Pour le coping, une seule femme était capable de faire face efficacement à la situation. Les 59 autres y parvenaient uniquement dans une certaine mesure. Certaines variables s'associaient à la façon de faire face : le type de famille, le nombre d'années de mariage et le fait que le mari consomme une autre substance.

7.1.2. Validité méthodologique

L'étude a reçu l'approbation de la commission éthique de l'autorité. Pour déterminer la faisabilité de l'étude et décider du plan d'analyse statistique, une étude pilote² avait été menée au préalable sur 10% de l'échantillon prévu. Les outils, la conception de l'étude et le plan d'analyse des données ont été jugés appropriés pour l'étude.

La technique d'échantillonnage² non probabiliste a exclu les femmes malades, dépendantes ou qui ne parlaient pas la langue souhaitée. Ce choix a permis d'obtenir des résultats plus fiables car les participantes étaient capables de comprendre et de répondre au questionnaire. L'échantillon sélectionné par le chercheur comprenait 60 femmes. Pour une étude quantitative, un échantillon de cette taille suffisait.

Pour renforcer la validité interne² de l'étude, les échelles du stress perçu et des stratégies de coping qui ont servi à réaliser le questionnaire ont été validées par sept experts. Ces derniers faisaient partie de différents domaines professionnels tels que la médecine, les soins infirmiers, la psychologie et le social. La fiabilité² des deux échelles a été vérifiée avec le coefficient de corrélation de Pearson². Ils étaient respectivement de 0.82 et 0.87, ce qui indique que les mesures ont peu changé d'une observation à l'autre et que les outils étaient donc fiables. La triangulation de ces deux outils a elle aussi renforcé la fiabilité des données recueillies.

Pour l'analyse des données, deux tableaux récapitulatifs ont permis une meilleure lecture des résultats. La valeur chi-carrée² a permis de déterminer le lien entre deux variables. Le chercheur a montré des associations entre les variables dépendantes et les variables indépendantes. Il a pris en compte la valeur $p^2 < 0.05$ comme statistiquement significative.

7.1.3. Pertinence clinique

Dans cette étude, l'auteur a présenté une démarche scientifique. Il s'est d'abord questionné sur la meilleure façon de collecter et d'analyser les données de cette étude et en a discuté avec des experts. Son questionnaire a été développé en analysant des études similaires et en recueillant l'opinion d'experts des différents domaines de la santé. Certaines modifications des échelles de Folkman et Lazarus « ways of coping scale³ » et de Cohen's « perceived stress scale³ » ont été suggérées. L'auteur a ensuite présenté chaque outil de collecte des données et exposé sa fiabilité.

Le chercheur n'a pas confirmé les relations entre les variables qu'il a trouvées dans cette étude. Il a uniquement comparé les variables sociodémographiques des participants avec d'autres études.

Cette étude a montré que les conjoints des personnes dépendantes à l'alcool mettaient en œuvre diverses stratégies de coping. D'après le chercheur, avec une meilleure compréhension des stratégies de coping, les soignants pourraient prévenir la détresse et promouvoir le bien-être des codépendants en rendant la perception de leur situation moins stressante.

L'étude a conclu que le stress chez les femmes des personnes dépendantes à l'alcool entraînait de nombreuses conséquences (problèmes psychologiques découlant de la vie avec le mari alcoolique et de la violence domestique) et que sa gestion n'était pas prise en compte efficacement. Il serait donc nécessaire de leur fournir des informations sur la gestion du stress.

7.1.4. Contexte suisse

En Suisse romande, des cours et formations sont proposés aux professionnels ou aux particuliers afin de mieux gérer le stress, augmenter sa confiance en soi et mieux vivre les situations difficiles.

Selon Thomas Urban, assistant social au sein d'Addiction Valais, différentes techniques permettent de mieux gérer le stress. Sur le site de Monthey, il existe des groupes de pleine conscience¹. Certaines personnes choisissent de pratiquer l'hypnose. Une thérapie médicamenteuse peut également être prescrite par le médecin traitant pour pallier le stress. Le professionnel mentionne aussi la cohérence cardiaque, une technique de respirations basique permettant à la personne de se calmer et se recentrer.

Des techniques de relaxation et de méditation sont proposées dans les secteurs résidentiels d'Addiction Valais, uniquement à l'intention des résidents (T, Urben, communication personnelle [Entretien], 28 juin 2017).

7.2. Étude 2 (Sharma et al., 2016)

Sharma, N., Sharma, S., Ghai, S., Basu, D., Kumari, D., Singh, D. & Kaur, G. (2016). Living with an alcoholic partner: Problems faced and coping strategies used by wives of alcoholic clients. *Industrial Psychiatry Journal*, 25(1), 65.

7.2.1. Description de l'étude

Cette étude de type qualitatif avec un devis descriptif a été réalisée dans le nord de l'Inde. Elle avait pour objectif d'étudier les problèmes rencontrés par les épouses des personnes dépendantes à l'alcool ainsi que leurs stratégies d'adaptation.

Pour participer à l'étude, les chercheurs ont sélectionné 30 femmes de patients dépendants à l'alcool cherchant à traiter leur dépendance dans un centre du nord de l'Inde. Les données ont été collectées lors d'entretiens individuels d'environ 30 minutes. Les chercheurs se sont servis de trois outils afin de collecter leurs données : la fiche du profil démographique avec diverses informations personnelles et deux questionnaires.

Le premier questionnaire, portant sur les problèmes rencontrés par ces femmes³, a été préparé par les chercheurs sur la base des problèmes courants auxquels elles faisaient face. Les chercheurs se sont préalablement informés à ce sujet. Le second questionnaire, standardisé, était un outil développé par Oxford et al. en 1976 (cité par Sharma et al., 2016, p. 3), distinguant trois formes de stratégies de coping³. Une description plus détaillée de ses deux questionnaires se trouve en annexe.

Cette collecte a été suivie par une analyse minimale des données. Les principaux résultats obtenus ont été les suivants :

- 70% des épouses se sentaient souvent anxieuses en raison du problème d'alcool de leur mari. Cependant, la moitié d'entre elles n'ont jamais reporté leur frustration sur leurs enfants.
- La propre santé de ces femmes a été négligée dans 7% des cas.
- La moitié des participantes se sentaient honteuses en société et 13% disaient avoir réduit leur vie sociale à cause de la consommation de leur mari.

- Une femme sur deux disait devoir faire face parfois ou souvent à des problèmes financiers.
- Très peu de femmes ont signalé des formes de violence physique de leurs partenaires dépendants à l'alcool.
- Pour le coping engagé, des actions telles que s'asseoir et parler ensemble de la consommation étaient utilisées par 93,4% d'épouses. 93% d'entre elles avaient déjà supplié leurs partenaires de ne pas boire. 70% se disputaient souvent avec leur mari.
- Pour le coping en retrait, près d'un quart des femmes de l'étude ont déclaré utiliser l'évitement comme stratégie d'adaptation

7.2.2. Validité méthodologique

L'étude a été validée par un comité d'éthique. L'échantillonnage a été réalisé avec une technique non probabiliste. Toutes les épouses accompagnant leur mari, remplissant les critères demandés et volontaires ont été sélectionnées. Cette technique d'échantillonnage était appropriée à l'étude. Elle a permis de répondre au mieux à l'objectif de la recherche et de recueillir uniquement l'expérience des femmes de personnes dépendantes à l'alcool et non d'autres membres de la famille. La taille de l'échantillon convenait à une recherche qualitative.

Le questionnaire des problèmes rencontrés par les femmes de patients dépendants à l'alcool a été élaboré par les chercheurs de l'étude. Il a donc dû être validé par des experts en sciences infirmières, en psychiatrie et en psychologie. Il n'a pas été spécifié si la triangulation des chercheurs a été utilisée pour catégoriser les problèmes en cinq domaines spécifiques dans le questionnaire.

Le questionnaire sur les stratégies de coping que les femmes pouvaient utiliser est un outil standardisé développé par Oxford en 1976. Pour conserver sa validité et être utilisé par les chercheurs, il a été traduit en hindi puis retraduit en anglais après avoir demandé la validation d'experts linguistiques.

Pour analyser les données récoltées, des statistiques descriptives ont été réalisées. Pour cela, les chercheurs se sont servis du logiciel IBM SPSS 19.0. Il comprenait des comptages de fréquences (fréquence counts), des pourcentages, des moyennes² et des écarts types². La réalisation de quatre tableaux a rendu la lecture des résultats plus claire.

7.2.3. Pertinence clinique

Certains résultats, comme le sentiment de honte en société et l'anxiété par rapport à la dépendance de leur mari, étaient similaires à ceux issus d'autres études sur le même sujet.

Les résultats sur la violence divergeaient d'autres études montrant une forte prévalence de la violence chez les femmes des personnes dépendantes à l'alcool. Certaines études vont encore plus loin et distinguent différentes formes de violence : physique, émotionnelle, intellectuelle et économique.

Les chercheurs ont mentionné différentes limites de leur étude. Ils n'ont pas exploré la détresse subjective et la douleur des participantes. Ils ne se sont pas non plus attardés sur l'association entre les styles de coping utilisés et les variables démographiques.

Selon les chercheurs, l'évaluation longitudinale des styles d'adaptation et leurs résultats pourraient servir dans la pratique et être utilisés dans le développement de programmes d'aide pour les femmes des personnes dépendantes à l'alcool.

7.2.4. Contexte suisse

Les résultats sur les problèmes financiers sont difficilement transposables au contexte suisse. En effet, en 2014, le revenu annuel brut, en Inde, s'élevait à environ CHF 5800. En Suisse, la même année, il se situait aux alentours de CHF 61 500 (Banque Mondiale, 2015). En Valais, des familles se retrouvent toutefois confrontées à ce genre de difficultés. L'assurance invalidité et l'aide sociale peuvent dans certains cas les soutenir (T. Urben, communication personnelle [Entretien], 28 juin 2017).

Pour ce qui est du développement de programmes d'aide pour les femmes des personnes dépendantes à l'alcool, un article est paru dans le journal Codépendance en 2002. Son auteure, Daniela Danis, psychologue répondante de l'Unité des maladies de la dépendance de la Clinique La Métairie à Nyon, présentait dans cet article le Minnesota model. L'unité des maladies de la dépendance de la clinique La Métairie s'inspire de ce modèle. Selon Danis :

Les centres de traitement qui utilisent le Minnesota model intègrent les proches dans le traitement. En général, pendant les années d'évolution de la maladie de la dépendance, l'entourage réagit avec des comportements de codépendance. [...] Le



manque de limites des proches et leurs sentiments de culpabilité et de honte contribuent à maintenir la situation cachée. Or, quand les proches "touchent le fond" et arrêtent d'éviter la crise, une demande d'aide peut s'exprimer. Le Minnesota model, intègre les personnes proches dès le départ (2002, p. 15).

7.3. Étude 3 (Antunes, Marcon & Oliveira, 2013)

Antunes, F., Marcon, S. S. & de Oliveira, M. L. (2013). Feelings of caregivers of alcohol abusers at hospital admission. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(6), 581-585.

7.3.1. Description de l'étude

L'étude s'est déroulée à Maringá, dans le sud du Brésil. Son but était de décrire les sentiments des proches aidants de personnes dépendantes lors de leur admission dans une unité de soins intensifs.

Pour cette étude qualitative, un échantillon de dix aidants familiaux a été formé. Chacun de ces aidants était proche d'une personne admise dans un service de soins intensifs avec un diagnostic d'alcoolisme chronique. Les données ont été collectées lors d'entretiens semi-structurés et enregistrés au domicile des participants de l'étude. Un journal de bord² a enregistré les informations significatives signalées par les chercheurs après les interviews. Les entretiens ont été séparés en deux parties : les caractéristiques sociales, économiques et démographiques de la personne et de sa famille, puis cinq questions ouvertes au proche aidant.

Les informations collectées ont été intégralement transcrites et les données qualitatives ont été analysées à l'aide de la technique d'analyse de contenu². Suite à cela, l'analyse des données a été séparée en deux parties. D'une part, les sentiments lors de l'admission du patient dans le service de soins intensifs, d'une autre part la religion pour faire face à l'hospitalisation.

Suite à cette analyse, les résultats ont montré que l'admission d'un membre de la famille à l'unité de soins intensifs, quelle que soit la cause, provoquait de nombreux sentiments. Les participants rapportaient le plus souvent des sentiments de souffrance, de tristesse et de désespoir. La peur et l'insécurité découlaient de l'incertitude quant à la gestion et aux traitements proposés par l'équipe de santé pour leur famille.

Les auteurs ont relevé la nécessité de garder les proches aidants bien informés du statut clinique de leur proche. Une bonne relation avec l'équipe de santé, en particulier le

personnel infirmier – en contact 24 heures par jour avec le patient – a été qualifiée d'essentielle pour satisfaire les besoins des membres de la famille et diminuer le stress de l'hospitalisation.

La spiritualité permettait aux individus de trouver un sens à leurs difficultés et de faire face à ces situations causant de l'angoisse et de la souffrance.

7.3.2. Validité méthodologique

L'échantillon était de type non probabiliste et a tout à fait permis de répondre à l'objectif de la recherche. Il ne comprenait que les proches des patients des soins intensifs. Les chercheurs n'ont pas fourni de réels arguments pour expliquer les raisons pour lesquelles l'étude devait se limiter aux soins intensifs. Pour une étude de type phénoménologique², les critères de sélection étaient pertinents et ont permis de ne retenir que des proches aidants en pleine mesure d'exprimer leur expérience. De plus, le nombre de participants à cette étude était adéquat.

Les entretiens ont été effectués au domicile des patients, dans un environnement privé afin de limiter les biais² qui auraient pu diminuer la qualité de représentativité de la réalité des données récoltées.

Les chercheurs ont mentionné qu'une partie centrale des entretiens comprenait cinq questions ouvertes. Il aurait été intéressant de les connaître afin de les comprendre et de les relier aux résultats obtenus.

Les informations collectées ont été intégralement transcrites afin de maximiser l'usage des données. Les données ont été séparées en deux parties afin de simplifier la compréhension des résultats. Les données qualitatives ont été analysées à l'aide de la technique d'analyse du contenu². Grâce à cela, les chercheurs ont pu minimiser les éventuels biais cognitifs et culturels en s'assurant de l'objectivité de leur recherche.

7.3.3. Pertinence clinique

Cette étude a mis l'accent sur les nombreux sentiments et ressentis du proche aidant durant l'hospitalisation aux soins intensifs de son proche dépendant. Ces familles ont été confrontées à la fragilité humaine et à la mort. Un stress constant a été observé dans l'environnement familial.

Les résultats pourraient s'étendre à tout l'entourage du patient, selon une étude de Kerkoski et al. en 2007 (cité par Antunes et al., 2013, p. 583). Selon ces auteurs, les autres membres de l'entourage auraient tout autant besoin d'assistance dans une telle situation.

L'étude de Bielemann datant de 2003 (cité par Antunes et al., 2013, p. 583) appuie les résultats des chercheurs selon lesquels il est essentiel de garder les proches bien informés du statut clinique du patient afin de diminuer le stress de l'hospitalisation. Au niveau de la religion, les chercheurs ont cité encore quatre études mettant en avant le soutien important qu'elle procure.

7.3.4. Contexte suisse

Dans une étude suisse réalisée auprès de parents dont l'enfant était atteint d'une maladie, les chercheurs ont aussi relevé la présence de sentiments inconfortables envahissant leur esprit. Les parents ont décrit une impression de perte de repères, de l'incertitude et de l'insécurité (Peer & Santos-Eggimann, 2000).

Au niveau de la religion, au Brésil en 2010, environ 92% de la population avait une appartenance à une religion (IBGE, recensements démographiques, 2010, cité par Brésil Passion, s.d.). En Suisse en 2015, ce chiffre s'élevait à 70% (Office fédéral de la statistique OFS, 2017). Ces chiffres montrent que la religion pourrait bien constituer une ressource ici en Suisse aussi.

7.4. Étude 4 (Bortolon et al., 2017)

Bortolon, C. B., de Campos Moreira, T., Signor, L., Ferigolo, M., Guahyba, B. L., Tannhauser Barros, H. M. & Rizzieri Figueiró, L. (2016). Six-Month Outcomes of a Randomized, Motivational Tele-intervention for Change in the Codependent Behavior of Family Members of Drug Users. *Substance Use & Misuse*, 52(2), 1-11.

7.4.1. Description de l'étude

Cette étude quantitative corrélationnelle a été réalisée au Brésil. Elle avait pour but de déterminer si le comportement de codépendance des familles changeait dans la relation avec la personne dépendante lorsqu'elles suivaient le modèle d'intervention téléphonique et de monitoring de la famille d'un consommateur de drogue (le TMMFDU) durant six mois.

Pour répondre à cette question de recherche, les chercheurs ont effectué un essai clinique randomisé² en comparant le TMMFDU et un traitement basique par téléphone (l'UT). Dans l'étude, aucune hypothèse n'a été formulée par les chercheurs. Elle pourrait se formuler ainsi : le TMMFDU a un impact sur le changement de comportement des familles de personnes présentant une addiction.

Le TMMFDU était organisé de façon à ce que chaque appel ait un but spécifique pour stimuler la famille dans son processus de changement. Cette intervention s'appuyait sur des questions ouvertes et de l'empathie pour comprendre le fonctionnement des familles. L'UT, pour sa part, reposait sur l'information, le soutien émotionnel et l'écoute de la famille.

Les participants de l'étude étaient des membres de la famille d'utilisateurs de drogues, volontaires et ayant contacté récemment le service téléphonique pour obtenir de l'aide. Au départ, ils étaient 1370. À la fin des six mois, 325 participants avaient suivi le programme dans son intégralité. Ils ont été randomisés² par un logiciel développé en interne et assignés au hasard à un des deux groupes d'appels (TMMFDU ou UT).

La collecte des données a été effectuée d'août 2008 à février 2013 par des étudiants en sciences de la santé préalablement formés à l'entretien motivationnel et à la prise en charge des proches de personnes toxicomanes. Ils ont été supervisés par des professionnels experts en addictologie, titulaires d'un postgrade en science de la santé. L'étude a débouché sur les résultats suivants.

Sur 325 participants, 271 étaient des femmes et la plupart cherchaient de l'aide pour un proche plus jeune et de sexe masculin. Lors du premier appel téléphonique, le nombre de codépendants a été calculé à 68%. À la fin du suivi téléphonique, ce nombre a été calculé à 24%. La codépendance diminuait lors d'un suivi par téléphone, quel qu'il soit (UT ou TMMFDU). Cependant, l'étude a montré que les membres présents dans le traitement usuel (UT) avaient deux fois plus de risques de ne pas modifier leur comportement élevé de codépendance en comparaison avec la TMMFDU. L'utilisation ou non de ce modèle a été la seule variable considérée importante pour changer le comportement des proches.

Cette étude a aussi mis en lumière l'importance des interventions favorisant le changement d'attitude de la famille et de la personne dépendante.

7.4.2. Validité méthodologique

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de recherche de l'université fédérale des sciences de la santé.

Les critères de sélection de l'échantillon (âge et cognition) étaient tout à fait appropriés pour une telle étude, qui cherche à obtenir des résultats exacts. Le nombre de participants à l'étude était suffisant pour une étude quantitative. À la fin de l'étude, une perte largement supérieure à 20% a été observée. Cela peut s'avérer un obstacle à la validité interne de l'étude. Cependant, les chercheurs l'ont remarqué et indiqué dans l'étude. Il n'y avait de différence ni dans les données sociodémographiques ni dans celles de la codépendance entre les personnes qui ont arrêté de participer à l'étude et celles qui ont continué.

La randomisation des participants par un logiciel prévu à cet effet a permis d'éviter un biais de sélection². Elle a permis une répartition homogène de l'échantillon dans les groupes.

Les interventions ont été menées par téléphone au moyen d'une ligne gratuite pour rester accessibles au plus grand nombre de familles malgré un revenu bas.

Au niveau des interventions, le TMMFDU a été construit par des chercheurs en 2013. L'index de codépendance Holyoake³, utilisé pour l'évaluer, a été développé par Dear et Roberts en 1990 (cité par Bortolon et al., 2017, p. 4). Dans cette étude, les chercheurs ont considéré un score égal ou supérieur à 9.7 comme étant un score de codépendance important. Un score inférieur à 9.7 a été considéré comme bas. La valeur 9.7 a été créée à partir de la moyenne de la codépendance utilisée dans une autre étude sur la famille codépendante. Les outils de mesure de cette étude sont plus amplement décrits en annexe (14.3). Les participants ont été catégorisés dans un haut ou un bas degré de codépendance, et l'échelle n'a pas encore été évaluée pour la population brésilienne.

Une ANOVA² a été faite pour vérifier l'effet principal de chaque variable (intervention et suivi) et l'effet d'interaction entre elles sur les moyennes de codépendance.

Pour maintenir la validité de l'échelle, celle-ci a été traduite par un chercheur brésilien qui maîtrise l'anglais puis contre-traduite par une personne de langue maternelle anglaise

parlant le portugais pour garantir que les contenus des questions n'avaient pas été modifiés.

L'échelle de la contemplation³ (« The Contemplation Ladder ») développée par Biener en 1991 (cité par Bortolon et al., 2017, p. 5) a été utilisée pour évaluer la phase de changement de comportement. Les chercheurs ont utilisé une forme adaptée par Fernandes et al. en 2010 et Signor et al. en 2013 (cités par Bortolon et al., 2017, p. 5).

L'analyse de régression de Cox² a, quant à elle, prévu la probabilité d'occurrence de l'événement étudié. Elle a montré que le TMMFDU avait plus de probabilité que l'UT de diminuer la codépendance après une utilisation de six mois. Le chi-carré a été utilisé pour déterminer s'il existait un lien entre les deux variables nominales.

Certaines variables avec une valeur de $p = 0.2$ ont été incluses dans l'analyse de la régression logistique² malgré le fait que les chercheurs se basaient sur une valeur $p < 0.05$. La raison de ce choix n'a pas été expliquée. Les résultats pris en compte avec une telle valeur sont donc à interpréter avec prudence, car l'hypothèse nulle n'a pas été systématiquement rejetée et certains résultats n'étaient pas statistiquement significatifs.

7.4.3. Pertinence clinique

La perte d'environ 76% des participants a été investiguée par les auteurs. Elle était semblable à celle observée dans six autres études. Ces études proposaient différentes explications sur l'arrêt du suivi par les participants.

Les chercheurs ont montré que le TMMFDU pouvait se montrer utile pour favoriser l'accompagnement des proches plutôt réfractaires à un traitement face à un thérapeute. Ils ont proposé, pour des études futures, de vérifier l'impact de l'intervention sur la personne dépendante et la sévérité de sa consommation.

7.4.4. Contexte suisse

Au niveau de la Suisse, Tél 143 – la main tendue – est un numéro d'aide tenu par des bénévoles formés. Ces derniers offrent un soutien téléphonique 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 (Tél 143, 2016). À la différence du TMMFDU, ce numéro est payant et ne s'adresse pas spécialement aux proches de personnes dépendantes. Tél 143 ne propose pas de suivi par téléphone, mais peut diriger l'interlocuteur vers une aide plus spécifique au problème de la personne.

Addiction Valais propose aux consommateurs et aux proches une assistance téléphonique, disponible uniquement aux heures d'ouverture de la fondation. Les groupes de parole Al-anon et Al-ateen offrent à leurs membres des services de type « parrain d'urgence » où les appels sont traités en permanence (T. Urben, communication personnelle [Entretien], 28 juin 2017).

7.5. Étude 5 (Antunes & Oliveira, 2016)

Antunes, F. & de Oliveira, M. L. (2016). The quotidian of family caregivers of alcohol users who required intensive care hospitalization. *Ciencia, Cuidado e Saude*, 5(1), 3-10.

7.5.1. Description de l'étude

Cette étude qualitative avec un devis descriptif exploratoire² avait pour but de décrire la vie quotidienne et les soins à domicile fournis par les aidants familiaux à leur proche dépendant à l'alcool. Elle a fait appel à dix proches aidants de patients enregistrés sur la base de données du Centre d'Information et d'assistance toxicologique.

Pour la collecte des données, des entretiens semi-structurés ont été menés. Ils ont été enregistrés sur deux enregistreurs, et un journal de bord a été tenu avec pour but de mémoriser les informations pertinentes identifiées par les chercheurs. Les entretiens duraient environ 50 minutes et ont eu lieu au domicile de chaque proche aidant en avril et mai 2012. Les entretiens comprenaient deux blocs thématiques. Le premier était les caractéristiques sociales, économiques et démographiques du proche aidant et de la personne dépendante. Le second comprenait des questions ouvertes posées au proche aidant.

Les entretiens ont été transcrits et les données qualitatives ont été analysées à l'aide d'une technique d'analyse de contenu thématique. Les principaux résultats étaient les suivants :

- Données socio-démographiques : neuf participants étaient des femmes, sept étaient mariés, avec un niveau d'éducation et un salaire bas. Dans sept familles, plus d'un membre de la famille consommait de manière nocive de l'alcool.
- Avant l'hospitalisation en unité de soins intensifs, les proches aidants vivaient dans un environnement familial marqué par des tensions fréquentes. Cinq aidants ont signalé qu'ils devaient prévenir les fuites et les sorties du patient, garder les

portes verrouillées ou cacher la clé de la voiture. Pour quatre proches aidants, une supervision constante de la sécurité du patient était nécessaire afin d'éviter divers accidents. Deux d'entre eux ont rapporté un risque de violence familiale.

- Les relations décrites par les aidants familiaux montraient que la violence était présente dans la vie quotidienne après le début de l'usage abusif de l'alcool. Les troubles causés par l'abus d'alcool contribuaient aussi à l'éloignement de l'entourage. Dans tous les cas, avant l'admission à l'ICU, il était difficile d'accepter la dépendance à l'alcool pour recevoir des conseils et des soins.
- Les chercheurs ont fait le constat de la nécessité, durant l'hospitalisation, d'un soutien formel des soins infirmiers, important pour aider à promouvoir le bien-être de l'aidant. Il est essentiel d'offrir un soutien émotionnel et éducatif aux aidants familiaux et à la famille, en respectant ses particularités et ses limites.
- Après l'hospitalisation, la moitié des aidants vivaient avec la crainte que leur proche rechute dans l'alcool.
- Selon eux, les liens avec la personne alcoolique étaient devenus plus forts, ils se sont resserrés après l'hospitalisation.
- Les résultats présentés dans cette unité montraient la nécessité de soutenir aussi bien le patient que sa famille.

7.5.2. Validité méthodologique

La technique d'échantillonnage utilisée a permis de récolter l'expérience des aidants familiaux qui vivaient en permanence avec la personne dépendante. La taille de l'échantillon était standard pour une recherche qualitative car cette dernière cherchait à étudier en profondeur le vécu des personnes dans leur contexte de vie. Dans ce type de recherche, ce sont les expériences et les événements qui importent.

Les entretiens ont été menés dans une pièce où les aidants ne pouvaient être entendus par leur proche. Ceci a été fait dans le but de respecter les patients alcooliques et de ne pas modifier le témoignage des participants. Cela a permis de renforcer la valeur des témoignages recueillis. Les participants ont tous signé un accord de consentement et l'étude a été approuvée par le Comité d'éthique pour la recherche impliquant des êtres humains de l'Université d'État de Maringá.

Les données ont été entièrement transcrites, afin d'éviter les interprétations personnelles des chercheurs. Ensuite elles ont été analysées en utilisant un mode d'analyse de

contenu utilisé auparavant par Minayo en 2014 (cité par Antunes & Oliveira, 2016, p. 4). Puis elles ont été organisées en deux parties pour faciliter leur compréhension.

Les chercheurs ont intégré des extraits du verbatim² dans la partie des résultats pour faciliter l'interprétation et appuyer la présentation des données. Ces témoignages sont restés anonymes.

7.5.3. Pertinence clinique

Les résultats montrant les difficultés dans la prise en charge de la personne dépendante par les proches aidants ont été renforcés par deux études.

Une autre étude (Clark et al., 2010) a appuyé le fait que l'expérience de l'hospitalisation en unité de soins intensifs a été importante pour resserrer les liens entre le proche aidant et la personne dépendante.

Les chercheurs ont proposé de développer au sein de la pratique infirmière des actions pour la promotion de la prévention de la consommation abusive d'alcool afin d'intervenir au niveau de la dépendance et de l'entourage du patient.

7.5.4. Contexte suisse

Au niveau de la promotion et prévention en Suisse, des connaissances actualisées au sujet de l'alcool sont indispensables. Pour élaborer des mesures de prévention et de promotion efficaces, des données représentatives sur les habitudes de consommation d'alcool sont recueillies tous les cinq ans dans le cadre de l'enquête suisse sur la santé (ESS) réalisée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) (Delgrande Jordan & Notari, 2011, p. 3).

En Valais, la fondation Addiction Valais propose tout au long de l'année des actions de prévention en milieu scolaire, ainsi que des formations pour adultes (T. Urben, communication personnelle [Entretien], 28 juin 2017).

Pour ce qui est de l'accompagnement de l'entourage du patient par les infirmiers, une étude réalisée en France pourrait se rapprocher de la pratique suisse. Les chercheurs ont conclu que l'intégration des familles aux soins pouvait être bénéfique à de nombreux points de vue et procurer des moments agréables (Fedor & Leyssene-Ouvrard, 2007).

7.6. Étude 6 (Gethin, Trimmingham, Chang, Farrell & Ross, 2016)

Gethin, A., Trimmingham, T., Chang, T., Farrell, M. & Ross, J. (2016). Coping with problematic drug use in the family: An evaluation of the Stepping Stones program: Stepping Stones evaluation. *Drug and Alcohol Review*, 35(4), 470-476.

7.6.1. Description de l'étude

Cette étude quantitative corrélationnelle a testé une hypothèse. La variable indépendante² de celle-ci était le programme Stepping Stones et les variables dépendantes² comprenaient les stratégies de coping. L'étude avait donc pour but d'évaluer l'impact de la participation au programme Stepping Stones sur les stratégies de coping des participants.

Le programme combinait des sessions d'informations, de partage et d'apprentissage par l'expérience. Le but était de soutenir les proches dans le développement d'une capacité à faire face et de leur permettre de vivre une vie plus agréable et pleine d'espoir.

Pour l'étude, sur 111 participants des ateliers, 108 ont donné leur accord pour prendre part à l'évaluation. Les chercheurs ont aussi inclus 48 personnes inscrites pour participer au programme. La collecte des données s'est déroulée en plusieurs étapes.

Premièrement, les chercheurs ont sélectionné trois questionnaires pour collecter les informations : le Coping Questionnaire³ (CQ), qui pose 30 questions concernant les capacités à faire face, le Family Drugs Support Questionnaire³ (FDSQ), qui mesure les changements dans les stratégies de coping au travers de sept domaines, et le Client Satisfaction Questionnaire³ (CSQ), qui indique la satisfaction du client grâce à huit items. Ces trois outils de mesure sont détaillés dans l'annexe V.

Deuxièmement, avant de prendre part au programme, les participants ont reçu le CQ ainsi que des informations sur le programme et un consentement. Lors de la première participation au programme, ils ont complété le FDSQ. Immédiatement après avoir fini le programme, le CSQ a mesuré leur satisfaction. Après la fin du programme, un suivi au bout de trois mois a été effectué auprès des participants via un mail comprenant le CQ et le FDSQ. Enfin, ils ont reçu un courrier électronique leur indiquant leurs résultats initiaux et finaux accompagnés de commentaires pour montrer leurs progrès et les points à améliorer.

Les données ont été analysées en utilisant un logiciel statistique. Les résultats suivants en sont ressortis :

- 74% des participants au programme étaient des mères. Les autres étaient des partenaires, des frères ou des sœurs et un était un ami.
- Le CQ a montré une réduction de l'utilisation des copings à action négative (engagé et tolérant) entre la période avant le programme et le suivi à trois mois. Le coping dit positif a, quant à lui, augmenté durant la même période.
- Le FDSQ a lui aussi montré une amélioration du coping chez les participants après le programme.
- Chez les participants sur la liste d'attente, aucun changement n'a été observé dans les scores de coping entre l'inscription au programme et le premier cours (six à douze semaines plus tard).

L'étude a montré qu'au niveau émotionnel, les participants étaient moins sujets à ressentir du désespoir, de la peur ou de la colère. Ils seraient plus susceptibles de rapporter des sentiments positifs d'estime de soi. Elle a aussi montré que les améliorations engendrées par le programme étaient durables.

7.6.2. Analyse méthodologique

Pour la méthodologie, l'échantillon choisi était suffisant pour une étude quantitative et a permis aux chercheurs d'atteindre leur objectif. Lors de l'analyse des données, les auteurs ont cherché à savoir s'il y avait une différence significative entre les participants qui ont complété l'étude et ceux qui ont arrêté avant la fin. Ils ont comparé leur genre, leur relation avec l'utilisateur de drogue et les scores obtenus aux questionnaires sur le coping. Ils n'ont pas observé de différence significative, ce qui veut dire que malgré la perte des participants, l'échantillon est resté représentatif.

Pour la collecte des données, les trois instruments utilisés avaient une bonne fiabilité interne. Les chercheurs ont utilisé l'alpha de Cronbach² ; une valeur alpha supérieure à 0,7 est habituellement considérée comme satisfaisante et un résultat supérieur à 0,9 comme souhaitable (CQ : $\alpha = 0.85$; FDSQ : $\alpha = 0.82$; CSQ : $\alpha = 0.92$).

Les chercheurs ont observé une corrélation négative avec une force modérée entre les scores du FDSQ and CQ ($r = -0.42$). Cette corrélation indique que si une augmentation se produit dans les résultats du CQ, elle sera accompagnée d'une diminution dans les scores du FDSQ.

Dans cette étude, les valeurs P présentées étaient toutes inférieures à 0.05. Cela signifie que la probabilité de commettre une erreur en rejetant l'hypothèse nulle était faible.

Pour l'analyse des données, les différents scores des deux questionnaires sur les stratégies de coping ont été analysés à l'aide du test-t². Le « Cohen's d ² » a ensuite été utilisé en complément de ce test. Cet outil mesure la force de la relation d'une variable sur une autre et caractérise la magnitude d'un effet associé dans une population donnée par rapport à une hypothèse nulle. Les résultats obtenus sont caractéristiques d'un effet moyen (CQ = 0.54 et FDSQ = 0.42). Dans l'étude, ce test a été utilisé pour mesurer la force de l'effet entre le programme et une meilleure utilisation des stratégies de coping.

7.6.3. Pertinence clinique

Le fait d'utiliser deux outils de mesure avec une bonne fiabilité pour évaluer les changements dans l'adaptation des participants et d'analyser les données des personnes qui n'avaient pas encore suivi le programme a renforcé la crédibilité² des résultats obtenus. Ces derniers appuyaient ceux de la littérature existante, selon lesquels les interventions axées sur la famille améliorent efficacement l'adaptation et le bien-être des membres de la famille des utilisateurs de substances.

Les chercheurs ont proposé que des interventions de soutien pour ces familles soient mises en place systématiquement pour commencer à réduire des coûts et préjudices secondaires liés à la consommation d'alcool.

7.6.4. Contexte suisse

En Suisse, il existe des groupes familiaux Al-Anon afin d'aider les personnes affectées par la consommation d'alcool d'un proche. Les réunions sont gratuites et confidentielles. Des groupes Alateen s'adressent uniquement aux enfants et adolescents affectés par l'alcoolisme d'un proche.

« Lors des réunions, les participants reçoivent et offrent du soutien et du réconfort. Graduellement, ils se rendent compte qu'ils peuvent faire face à leurs problèmes et adopter de nouveaux comportements. Ce changement d'attitude, qui provient d'une meilleure compréhension de l'alcoolisme, peut pousser le malade alcoolique à chercher de l'aide. » (Alanon, s.d.-a)

Un témoignage sur le même site internet présente douze étapes d'un changement de mode pensée et d'attitude. Les premières étapes consistent à se détacher non pas de la personne, mais de sa maladie. Les suivantes amènent à se connaître soi-même. Les étapes finales aident à faire la paix avec le passé. En Valais, des groupes de parole hebdomadaires se tiennent à Sion et Martigny (Alanon, s.d.-b).

Thomas Urben souligne l'importance de s'adapter aux besoins de chaque patient. Les groupes de parole peuvent être très perturbants pour certaines personnes. Addiction Valais propose un accompagnement moins protocolaire que celui des douze étapes mentionnées ci-dessus. L'aide s'appuie avant tout sur les stades du changement (T. Urben, communication personnelle [Entretien], 28 juin 2017).

7.7. Synthèse des principaux résultats

Pour répondre à la question de recherche, les résultats des six études précédemment présentées ont été séparés en trois catégories, à savoir : les difficultés rencontrées par les proches, les ressources qu'ils ont mises en œuvre pour faire face et, enfin, les recommandations sur l'accompagnement par le personnel soignant.

Tout d'abord, chaque étude a fait ressortir différentes difficultés rencontrées par le conjoint ou les proches d'une personne alcoolique.

L'hospitalisation dans une unité de soins intensifs a été vécue comme une difficulté qui a fait ressortir différents sentiments de la part des proches. Souffrance, tristesse, désespoir, peur, insécurité : tous ces sentiments s'intensifiaient en fonction de l'attachement des proches à la personne hospitalisée (Antunes et al., 2013). La peur pouvait aussi émerger face au souci de sécurité de la personne dépendante (Gethin et al., 2016).

Les personnes dépendantes pouvaient se montrer parfois agressives, difficiles à vivre et non ouvertes à recevoir des soins. Les relations décrites par les aidants familiaux ont montré que la violence et les agressions verbales étaient présentes au quotidien (Antunes & Oliveira, 2016). Cependant, l'étude de Sharma et al. (2016) a montré une moindre présence de la violence.

Les proches faisaient face à des problèmes dans de multiples domaines : émotionnels, financiers, de santé physique (notamment des troubles du sommeil) et sociaux (honte en société, diminution des relations sociales) (Antunes & Oliveira, 2016 ; Nagesh, 2015 ; Sharma et al., 2016). Certaines difficultés pour les familles se trouvaient au niveau des interactions avec la personne dépendante, d'autres au niveau du manque d'information sur l'abus de substances et leurs effets (Bortolon et al., 2017).

Toutes les difficultés exposées ci-dessus créent parfois du stress. Ce dernier nécessite la mobilisation de ressources et de stratégies de coping afin de surmonter les difficultés.

Dans une étude, des relations ont été mises en lumière entre le niveau de stress et l'âge de la femme codépendante. Une autre relation entre l'utilisation des stratégies de coping et différentes variables telles que le type de famille, le nombre d'années de mariage et la dépendance à une autre substance s'est aussi montrée significative (Nagesh, 2015).

La spiritualité constituait une ressource pour faire face à l'hospitalisation et à la consommation de la personne dépendante, en permettant au proche de garder espoir (Antunes et al., 2013). Certaines stratégies de coping ont été définies comme positives, d'autres comme négatives (Gethin et al., 2016). Elles seraient influencées par certaines variables comme le soutien social, l'indépendance financière et la culture (Sharma et al., 2016).

Toutes les études ont présenté des propositions pour l'accompagnement des proches dans leur quotidien et parfois plus particulièrement pour le conjoint de la personne alcoolique.

Deux études non disciplinaires ont chacune testé l'utilité d'une intervention sur des familles de personnes dépendantes à l'alcool ou à d'autres substances. La première a conclu à une diminution du comportement de codépendance et une modification des stratégies de coping lors de l'utilisation d'un soutien téléphonique. Celui-ci intégrait l'entretien motivationnel et les stades de changement selon Prochaska. L'expérience a montré que, grâce à une telle intervention, le stress pouvait être diminué et les stratégies de coping mieux utilisées (Bortolon et al., 2017). La seconde étude a amélioré de façon efficace les capacités à faire face et le bien-être des membres de la famille. Elle a montré l'importance d'encourager le changement d'attitude pour aider à la fois la famille et la personne dépendante (Gethin et al., 2016).

Au niveau des soins infirmiers, la codépendance est variée et nécessite un soutien parfois constant (Antunes & Oliveira, 2016). La compréhension des stratégies de coping par les soignants est importante. Ils sont ainsi mieux à même d'aider les conjoints à renforcer ces stratégies, en vue de rendre leur situation moins stressante. L'apport d'information sur la gestion du stress est également une intervention importante (Nagesh, 2015).

Une étude a souligné l'importance de la relation du personnel soignant, et en particulier de l'équipe infirmière, avec la famille d'un proche alcoolique lorsque celui-ci se retrouve hospitalisé dans une unité de soins intensifs. Elle a préconisé de continuer la prévention de la consommation abusive de l'alcool (Antunes et al., 2013).

En synthèse, un soutien d'intervention efficace pour la famille contribuerait à réduire les coûts des préjudices secondaires liés à la consommation d'alcool (Gethin et al., 2016).

8. Discussion

8.1. Discussion des résultats

Le but de cette revue de la littérature était de répondre à la question de recherche : « Comment accompagner le conjoint d'une personne alcoolique lors du sevrage de ce dernier dans un service de psychiatrie ? » Elle impliquait l'identification des besoins des conjoints, de leurs ressources et des stratégies infirmières.

L'accompagnement des proches lors du sevrage n'a pas été abordé spécifiquement dans les études analysées. Le sevrage est une étape importante, surtout pour la personne dépendante. Du côté de la personne codépendante, un changement dans les rôles au sein du système familial et une éventuelle modification de la relation avec la personne dépendante sont à prévoir lors du sevrage. C'est pourquoi les pistes de soutien et d'accompagnement proposées ici sont plus générales : elles peuvent intervenir avant, pendant ou après le sevrage.

Les résultats décrivant la violence envers les conjoints étaient divergents d'une étude à l'autre. Parfois, ils ressortaient comme étant le problème le moins important de l'étude (Sharma et al., 2016), parfois comme un problème rapporté par une grande majorité de proches aidants (Antunes & Oliveira, 2016). Cette différence a été discutée dans l'étude de Sharma et al. (2016), qui a conclu grâce à d'autres études que la violence était un problème communément relevé par les épouses de personnes dépendantes à l'alcool.

Si l'on reprend le cadre théorique concernant la dépendance, la violence peut s'expliquer par l'effet de l'éthanol sur le système nerveux central. Les capacités de jugement se trouvent affectées par ce ralentissement. Le sujet qui a consommé de l'alcool n'anticipe plus les conséquences de ses actes.

Dans une revue de la littérature (Cox, Ketner & Blow, 2013), les chercheurs ont trouvé que la plupart des couples à la consommation importante d'alcool n'ont pas recours à la violence. D'autres études analysées dans cette même revue appuyaient une relation positive entre la consommation excessive d'alcool et la violence conjugale. Après avoir analysé de multiples études, les chercheurs ont conclu que l'ensemble des résultats suggérait que l'alcool n'était pas une cause suffisante pour expliquer un cas de violence conjugale.

Les problèmes financiers font partie des difficultés auxquelles ont fait face les participants de certaines études (Nagesh, 2015 ; Sharma et al., 2016). Ils pouvaient s'expliquer par les dépenses liées à l'achat de la substance et une incapacité de travailler, mais aussi par le contexte économique de l'Inde et du Brésil. En effet, une large partie de la population indienne vit sous le seuil de pauvreté : près d'un Indien sur trois vit toujours avec moins de 2 dollars par jour (France Diplomatie, 2017). Un Brésilien sur trois est considéré en situation de pauvreté (Essor, s.d.).

Les études ont montré une mise en péril des relations sociales. Dans l'étude de Sharma et al. (2016), plus de la moitié des épouses ressentaient de la honte en société et limitaient leurs relations sociales. Cette diminution pouvait être liée à des difficultés financières, mais aussi à certaines peurs de la part des proches aidants ou des épouses concernant la sécurité de la personne dépendante. De plus, en Inde, la consommation d'alcool est interdite dans certaines villes saintes et réglementée dans certains États. La honte en société pouvait s'expliquer par cette stigmatisation. Le soutien social ainsi que le type de famille ont montré des influences sur les stratégies de coping, ce qui rend ces facteurs importants dans l'expérience des proches des personnes dépendantes à l'alcool (Nagesh, 2015 ; Sharma et al., 2016). Ce soutien peut se trouver auprès de la famille, mais aussi au sein d'un groupe de parole, d'associations ou encore avec des collègues de travail, des voisins ou des professionnels de la santé. À noter qu'un individu peut être objectivement très entouré et ressentir pourtant le soutien qu'il reçoit comme insuffisant. Le soutien social n'est perçu comme satisfaisant que lorsque la personne évalue ce qu'elle reçoit comme adéquat par rapport à ses attentes et ses besoins (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2016, p. 460).

Les problèmes émotionnels, en particulier la peur et l'anxiété, sont des éléments importants ressortis de ce travail. Ils ont été rencontrés par des proches lors de l'hospitalisation d'un patient dépendant à l'alcool, mais aussi dans la vie quotidienne des épouses de personnes présentant la même addiction (Antunes et al., 2013 ; Sharma et al., 2016). Comme précisé dans le cadre conceptuel, quand les stratégies de coping ont été abordées, lors des événements contrôlables, l'anxiété serait amoindrie, alors qu'à l'inverse elle est susceptible d'augmenter dans des situations incontrôlables. Ces situations incontrôlables pouvaient s'expliquer par l'incertitude quant à l'évolution de la situation lors de l'hospitalisation.

Pour faciliter la gestion de ces émotions, les informations sur la santé du patient pourraient aider les proches. Ils se sentiraient impliqués dans la situation et la percevraient comme plus contrôlable.

La religion et la spiritualité ont été présentées dans certaines études. La religiosité est apparue comme un moyen de faire face à la souffrance. Cela leur permettait d'avoir une plus grande force pour faire face au processus d'admission à l'hôpital (Antunes et al., 2013). En 2010, Le Brésil demeurait le premier pays catholique au monde, avec 123 millions de fidèles sur 203 millions d'habitants (La Croix, 2012). Environ 92% de la population appartenait à une religion (IBGE, recensements démographiques, 2010, cité par Brésil Passion, s.d.), contre 70% en Suisse en 2015 (Office fédéral de la statistique OFS, 2017). La religion pourrait donc se définir comme une ressource intéressante en Suisse aussi.

Les stratégies d'adaptation et de coping pouvaient être soit efficaces soit inefficaces (Gethin et al., 2016, p. 472). Les styles de coping tolérant et engagé ont été évalués comme étant négatifs (Gethin et al., 2016 ; Sharma et al., 2016). Selon l'échelle d'Oxford et al. (1976) utilisée dans l'étude de Sharma et al. (2016), le coping engagé consistait en des interactions actives. La personne avait tendance à utiliser divers comportements (de contrôle, assertifs, émotifs et de soutien) afin de changer la consommation d'alcool de l'autre.

Le coping tolérant reposait sur le sacrifice de soi et l'aspect adaptatif. La personne pouvait par exemple s'oublier pour l'autre, feindre que tout était normal, éviter les disputes. Ces façons de faire face se montraient inefficaces du fait de l'implication des proches dans la prise en charge de la personne dépendante pouvant conduire à leur épuisement.

Le coping en retrait était le seul des trois styles à inclure des capacités positives à faire face. En ayant des activités personnelles et en faisant passer ses propres intérêts et ceux des autres membres de la famille avant ceux de la personne dépendante, les personnes parvenaient à se détacher du comportement de cette dernière (Sharma et al., 2016).

Dans les études analysées, certains résultats ont mis en lumière la culture, les liens plus ou moins forts au sein de la famille et l'indépendance financière comme ayant une influence positive sur les stratégies de coping. Les infirmières pourraient donc renforcer

les stratégies d'adaptation efficaces afin d'améliorer la qualité de vie de la personne codépendante (Nagesh, 2015, p. 379 ; Sharma et al., 2016, p. 7).

Dans l'accompagnement des proches, le rôle infirmier est ressorti comme important en apportant un soutien aux familles (Antunes et al., 2013 ; Antunes & Oliveira, 2016 ; Nagesh, 2015 ; Sharma et al., 2016).

Dans la revue de la littérature précédemment citée, Cox et al. (2013) ont établi des liens avec la pratique. Ils ont observé que les couples à la recherche d'une thérapie pour des difficultés relationnelles évoquaient rarement les troubles de l'utilisation des substances. Les couples mentionnaient des problèmes de communication, de violence, des difficultés liées au manque de temps passé ensemble alors que la source de leur déséquilibre était liée à un problème d'alcool. Si le problème trouvait sa source dans la consommation abusive d'alcool, le traitement devait reconnaître l'influence de la toxicomanie sur la relation d'attachement du couple. Une fois la substance éliminée, un sentiment de perte pouvait être ressenti (Cox et al., 2013, p. 166).

Les résultats de cette recherche concernant l'accompagnement des membres de la famille peuvent être enrichis par le cadre théorique sur l'approche systémique. Il y a été spécifié que le soignant ne peut définir à l'avance des interventions pour un certain type de famille. Il doit s'adapter à chaque famille, à chaque couple car ils sont uniques et différents. Pour ce faire, le soignant doit en premier lieu recueillir les données, puis identifier les difficultés qui influencent la famille. À ce moment-là, il peut commencer à planifier des interventions adaptées à chaque famille, en gardant à l'esprit que chaque intervention modifie l'ensemble du système familial.

Enfin, les deux études non disciplinaires proposaient deux interventions : une par téléphone et une durant un programme sur deux week-ends. Elles ne ciblaient que certains membres de la famille, ceux qui en ressentaient le besoin, et ne prenaient pas toute la famille en charge. Le soutien par téléphone a été évalué comme une approche adéquate car elle pouvait concerner des personnes habitant loin ou ne pouvant pas se déplacer régulièrement. De plus, cette méthode pouvait paraître moins impressionnante qu'un entretien en tête à tête.

Le programme Stepping Stones a aussi montré des points positifs tels que la re-socialisation des personnes codépendantes.

Le développement d'une multitude de programmes d'accompagnement pour les proches des personnes souffrant de dépendance permettrait d'offrir un soutien personnalisé et s'adaptant à chaque personne et à ses attentes.

8.2. Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences

Afin d'assurer la qualité et la crédibilité des conclusions, tous les résultats des études ont été pris en compte, qu'ils soient positifs ou négatifs.

Certaines des études analysées dans le cadre de cette revue de la littérature provenaient de pays (Brésil, Inde, Australie) aux contextes socio-économiques parfois très différents de celui de la Suisse. Il était donc délicat de juger si les résultats de telles études pouvaient être transférables ou généralisables au contexte suisse et valaisan.

Chaque participant aux études utilisées pour réaliser cette revue de la littérature était consentant. Pour les études qualitatives, ils ont tous été sélectionnés selon des critères définis dans le but d'obtenir leur expérience. Les études quantitatives ont utilisé des outils de données validés pour que le maximum de résultats puisse être généralisable.

Cependant, deux études comprenaient des échantillons essentiellement composés de conjointes d'une personne alcoolique. Le reste des études ne représentait que très peu le genre masculin dans leur échantillon. Il ne serait donc pas forcément possible de généraliser tous les résultats de cette revue de la littérature pour les conjoints masculins. Il se pourrait que certains besoins ou difficultés spécifiques à la gent masculine ne soient pas ressortis des études analysées dans le cadre de ce travail. Cependant, les interventions proposées pouvaient tout de même se montrer utiles pour les accompagner.

8.3. Limites et critiques de la revue de la littérature

Plusieurs limitations sont à ressortir de ce travail. La première concerne les bases de données. Seules deux des quatre bases de données interrogées ont fourni des études susceptibles d'aider à la réalisation de cette revue. Il est donc évident que cette dernière ne prend pas en compte toutes les études concernant le sujet et n'offre par conséquent pas une vision globale complète. De plus, les consignes de ce travail permettaient d'analyser entre six et dix études.

La seconde limitation a été la barrière de la langue. De nombreuses études trouvées sur les bases de données provenaient du Brésil. Elles étaient donc, pour beaucoup, rédigées en portugais, ce qui les rendait impossibles à analyser pour ce travail.

Une troisième limitation serait l'absence d'études suisses dans ce travail. Il était donc complexe de repérer les résultats généralisables. Cette revue de la littérature offre donc des pistes de compréhension, mais peu de réelles solutions sur le sujet.

9. Conclusion

Les études analysées ont mis en évidence différentes difficultés vécues par les proches d'une personne dépendante. Le stress généré par ces difficultés est perçu différemment selon les personnes. Pour faire face à la situation, elles peuvent mettre en œuvre des stratégies de coping plus ou moins efficaces. Si elles sont efficaces, ces stratégies permettent à l'individu de maîtriser la situation stressante ou d'en diminuer l'impact sur son bien-être physique et psychique. L'expérience vécue est donc différente pour chaque personne, de même que les interventions infirmières qui peuvent en découler lors d'un entretien.

Les infirmières pourraient parfaire leur formation grâce à quelques propositions. Le domaine de la recherche reste riche en ouvertures afin d'approfondir le sujet de la codépendance.

9.1. Propositions pour la pratique

Pour un accompagnement optimal, il serait intéressant d'intervenir auprès de chaque famille et de chaque couple le désirant de manière individualisée. Les principales étapes de cet accompagnement peuvent être les suivantes. Premièrement, l'évaluation du couple ou de la famille, afin de repérer les difficultés auxquelles chaque membre est confronté. Deuxièmement, des propositions d'aide et d'intervention selon les besoins peuvent être exposées. Le soignant s'appuie sur ses connaissances, sur les stratégies de coping efficaces et de gestion du stress et sur les différentes associations existantes, tout en s'adaptant aux besoins spécifiques de chaque personne. Enfin, des réajustements sont possibles afin d'assurer le meilleur suivi pour le couple ou la famille.

L'important est de viser le changement de comportement et l'utilisation des stratégies de coping positives chez la personne codépendante. Pour ce faire, les stades du changement selon Prochaska et l'entretien motivationnel peuvent se montrer très utiles. Le but est de modifier les stratégies de coping inefficaces et de favoriser l'adoption de stratégies positives tout en s'adaptant au processus de changement.

Comme abordé dans la discussion, certains couples consultent parfois pour divers problèmes sans en reconnaître la cause : un abus de substances. Cox et al. (2013) proposent donc l'évaluation de la consommation de substances en tant que partie de

routine du traitement de tous les couples. Cette proposition peut s'ajouter à la pratique d'un entretien de famille ou de couple organisé par une infirmière.

Même si des pistes d'intervention et d'aide existent pour les codépendants, il ne faut pas oublier la source du problème : la dépendance à l'alcool. Il s'agit de continuer de développer la promotion de la santé au niveau de la consommation d'alcool (Antunes et al., 2013). Les infirmiers et les autres professionnels du domaine de la santé et du social doivent continuer leurs actions de promotion et de prévention contre cette addiction. La codépendance pourrait être abordée simultanément durant ces actions afin que les personnes touchées puissent prendre les bonnes initiatives et ne pas se laisser affecter par le comportement du proche dépendant

9.2. Propositions pour la formation

La HEdS axe beaucoup la formation Bachelor sur la vision holistique du patient, qui doit être vu comme un être multi-dimensionnel. La formation développe le point de vue biologique, psychologique, social et spirituel.

Pourtant, le concept de la codépendance, que celle-ci touche les soignants ou la famille, est un sujet peu abordé durant la formation Bachelor en soins infirmiers à la HEdS. Il pourrait être approfondi par sa simple présentation et celle des interventions qui en découlent. Cette présentation ouvrirait le champ de l'accompagnement à l'entourage de la personne dépendante.

Différents CAS (Certificate of Advanced Studies) et DAS (Diploma of Advanced Studies) existent au sein des HES de Suisse occidentale. Un CAS interprofessionnel en addictions est proposé par la haute école de travail social et de santé (EESP) de Lausanne. Cette formation offre des connaissances spécifiques aux addictions tout en tenant compte des dimensions sociétales et individuelles de l'addiction. Elle permet aussi de développer la pratique de l'entretien motivationnel, un accompagnement thérapeutique et une posture réflexive.

Un DAS en addiction, en complément du CAS, vise l'approfondissement des compétences professionnelles. Il cherche à développer l'accompagnement et à diversifier ses stratégies d'intervention en fonction des besoins spécifiques de différents groupes (adolescence, parentalité et proches, genre, migration).

9.3. Propositions pour la recherche

Au cours de la réalisation de cette revue de la littérature, plusieurs propositions pour la recherche ont émergé.

La recherche s'est, jusqu'ici, peu intéressée à la codépendance chez les maris des femmes dépendantes à l'alcool. Malgré l'effort qui transparaît de certaines études en vue de sélectionner un échantillon mixte, les hommes restent très peu représentés dans les recherches à ce sujet. Il serait intéressant de connaître leur point de vue, leur expérience et la vision de la société. Cela permettrait d'observer si leurs difficultés sont semblables à celles des femmes.

Dans le cadre d'Addiction Valais, Thomas Urben (communication personnelle [Entretien], 28 juin 2017) est parfois confronté à des situations de consommation chez des enfants/adolescents. La recherche doit donc s'ouvrir à l'accompagnement des parents. Ce professionnel fait une distinction importante entre cet accompagnement et celui d'un conjoint. Il demande de la guidance parentale et l'apport de nouveaux modèles, plus positifs.

Les résultats obtenus lors des recherches sur les bases de données concernant les proches lors du sevrage sont très limités. Cette période avait spécifiquement été sélectionnée dans la question de recherche. Aussi cruciale que difficile pour la personne concernée, elle semble être également mouvementée pour son entourage. En effet, elle est marquée par des changements de rôles parfois difficilement gérables, ainsi que du stress quant à la santé du consommateur et à la suite des événements (Tamian, 2017, p. 75-76). Il paraît donc utile de réaliser des recherches, avec un paradigme naturaliste, sur l'expérience des codépendants lors du sevrage de la personne dépendante.

Il serait par ailleurs pertinent de s'intéresser aux éventuels troubles psychosomatiques causés par la codépendance. En effet, selon Nagesh (2015, p. 374), le conjoint entre souvent dans la vie conjugale plein d'attentes. Par la suite, il est désemparé devant les difficultés de vivre avec un partenaire dépendant à l'alcool. Le chercheur explique que le conjoint peut éprouver des problèmes psychologiques pour cette raison. Sharma et al., (2016) ajoutent que le conjoint subit des traumatismes et du stress intense, entraînant des problèmes psychologiques majeurs. Ces études ouvrent donc la porte à la relation entre les troubles psychosomatiques et la codépendance.

10. Bibliographie

Études retenues :

- Antunes, F., Marcon, S. S., & Oliveira, M. L. F. de. (2013). Feelings of caregivers of alcohol abusers at hospital admission. *Acta Paulista de Enfermagem*, 581–585.
- Antunes, F., & Oliveira, M. L. F. de. (2016). The quotidian of family caregivers of alcohol users who required Intensive Care Hospitalization. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 15(1), 3.
<https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v15i1.25153>
- Bortolon, C. B., Moreira, T. de C., Signor, L., Guahyba, B. L., Figueiró, L. R., Ferigolo, M., & Barros, H. M. T. (2017). Six-Month Outcomes of a Randomized, Motivational Tele-intervention for Change in the Codependent Behavior of Family Members of Drug Users. *Substance Use & Misuse*, 52(2), 164–174.
<https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1223134>
- Gethin, A., Trimmingham, T., Chang, T., Farrell, M., & Ross, J. (2016). Coping with problematic drug use in the family: An evaluation of the Stepping Stones program: Stepping Stones evaluation. *Drug and Alcohol Review*, 35(4), 470–476.
<https://doi.org/10.1111/dar.12327>
- Nagesh, V. A. (2015). Stress and Coping among the Wives of Alcoholics admitted in Selected De-Addiction Centers. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 5(3), 373.
<https://doi.org/10.5958/2349-2996.2015.00075.0>
- Sharma, N., Sharma, S., Ghai, S., Basu, D., Kumari, D., Singh, D., & Kaur, G. (2016). Living with an alcoholic partner: Problems faced and coping strategies used by wives of alcoholic clients. *Industrial Psychiatry Journal*, 25(1), 65.
<https://doi.org/10.4103/0972-6748.196053>

Références secondaires :

- Addiction Suisse. (2011a). Alcoolisme : les proches sont aussi touchés : Informations et conseils pour l'entourage d'une personne dépendante de l'alcool. Lausanne : Addiction Suisse.
- Addiction Suisse. (2011b). Vivre avec un conjoint alcoolodépendant. Lausanne : Addiction Suisse.

- Addiction Suisse. (2014). *Focus - Alcool*. Lausanne : Addiction Suisse.
- Alanon. (n.d.-a). Qui sommes-nous ? Accès 15 juin 2017
<http://www.alanon.ch/homepage/qui-sommes-nous/>
- Alanon. (n.d.-b). Réunions Alanon - Valais. Accès 15 juin 2017
http://www.alanon.ch/les_reunions/valais/
- Arcidiacono, C., Velleman, R., Procentese, F., Berti, P., Albanesi, C., Sommantico, M., & Copello, A. (2010). Italian families living with relatives with alcohol or drugs problems. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(6), 659–680.
<https://doi.org/10.3109/09687630902824262>
- Axess. (2009). *Neurosciences de l'addiction*. Berne.
- Banque Mondiale. (2015). Revenu national brut (RNB) par habitant. Accès 26 mai 2017
<http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/NY.GNP.PCAP.PP.CD?locations=N-CH>
- Beattie, M. (1995). *Vaincre la codépendance : comment ne plus assumer les autres et leurs problèmes mais vivre pleinement et librement*. Montréal: Sciences et culture.
- Bondolfi, G., Jermann, F., & Zermatten, A. (2011). Les approches psychothérapeutiques basées sur la pleine conscience (mindfulness) : Entre vogue médiatique et applications cliniques fondées sur des preuves. *Psychothérapies*, 31(3), 167–174.
<https://doi.org/10.3917/psys.113.0167>
- Brésil Passion. (n.d.). Religion au Brésil aujourd'hui : le christianisme. Accès 27 mai 2017
<http://www.brasilpassion.com/religion-au-bresil.html>
- Bruchon-Schweitzer, M., & Boujut, E. (2016). *Psychologie de la santé : concepts, méthodes et modèles* (2nd ed.). Paris: Dunod.
- Callahan, S., & Chabrol, H. (2004). *Mécanismes de défense et coping*. Paris: Dunod.
- Collège des Enseignants de Neurologie. (n.d.). Addiction à l'alcool : Complications neurologiques de l'alcoolisme. Accès 15 juin 2017 <https://www.cen-neurologie.fr/deuxieme-cycle%20/addiction-lalcool-complications-neurologiques-lalcoolisme>
- Conseil International des Infirmières. (2002). *La famille et les soins : Les infirmières toujours là pour vous*. Genève.

- Cox, R. B., Ketner, J. S., & Blow, A. J. (2013). Working With Couples and Substance Abuse: Recommendations for Clinical Practice. *The American Journal of Family Therapy*, 41(2), 160–172. <https://doi.org/10.1080/01926187.2012.670608>
- Croix-Bleu romande. (mars 2012). La codépendance. *Exister Journal de la Croix-Bleu romande*, p. 15.
- Danis, D. (2002). La codépendance du point de vue du Minnesota model. *Codépendance*, 3.
- Delgrande Jordan, M., & Notari, L. (2011). *Consommation d'alcool en Suisse: une analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2007*. Lausanne: Addiction Info Suisse.
- Duhamel, F. (1995). *La santé et la famille : une approche systémique en soins infirmiers*. Chenelière éducation.
- Essor. (n.d.). Brésil. Accès 15 juin 2017 <http://www.essor-ong.org/fr/zones-dinterventions/bresil.html>
- Eurocare, Confederation of Family Organisations in the European Union, World Health Organization, Regional Office for Europe, European Commission, & Directorate-General for Employment, I. R., and Social Affairs. (1998). *Alcohol problems in the family: a report to the European Union*. St. Ives, Cambridgeshire: EURO CARE.
- Fedor, M. C., & Leyssene-Ouvrard, C. (2007). L'intégration des familles à l'hôpital : quelles attentes et quelles réticences de la part des patients, proches, et soignants ? *Recherche en soins infirmiers*, 89(2), 58. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0058>
- Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances. (n.d.). Pour les éducateurs : comment apporter une aide. Accès <https://afm.mb.ca/ressources/pour-les-educateurs/comment-apporter-une-aide/?lang=fr>
- Fortin, F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenelière éducation.
- France Diplomatie. (2017). Présentation de l'Inde. Accès 15 juin 2017 <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/inde/presentation-de-l-inde/>
- Gmel, G., Flury, R., Kuendig, H., Gmel, C., & Notari, L. (2016). Monitoring suisse des addictions : Consommation d'alcool, de tabac et de drogues illégales en Suisse en

2012. Accès 01 juillet 2017

http://www.suchtmonitoring.ch/docs/library/gmel_sqbd7cvaemmf.pdf

Häuser, W., Urrútia, G., Tort, S., Üçeyler, N., & Walitt, B. (2013). Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs) for fibromyalgia syndrome. In The Cochrane Collaboration (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD010292>

Hughes-Hammer, C., Martsof, D. S., & Zeller, R. A. (1998). Development and testing of the codependency assessment tool. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(5), 264–272.

IBM Knowledge Center. (n.d.). Option Statistiques avancées : Analyse de la régression de Cox. Retrieved May 26, 2017, Accès
https://www.ibm.com/support/knowledgecenter/fr/SSLVMB_22.0.0/com.ibm.spss.statistics.help/spss/advanced/idh_coxr.htm

Jaquet, P. (2013). *Dépendances : comprendre, agir, aider : guide à l'usage des proches et des employeurs*. Lausanne: Favre.

Josse, E. (2007). *Le stress : Quelques repères notionnels*. La Hulpe (Belgique).

Klingemann, H. (2001). L'alcool et ses conséquences sociales : la dimension oubliée. (Organisation mondiale de la santé, Ed.). Organisation mondiale de la santé.

La Croix. (2012). L'église brésilienne en chiffres. Accès 15 juin 2017 http://www.la-croix.com/Religion/Actualite/L-Eglise-bresilienne-en-chiffres-_NG_-2012-07-23-834321

Landry Balas, L. (2008). *L'approche systémique en santé mentale*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1997). *Vocabulaire de la psychanalyse* (5. ed). Paris : Presses Universitaires de France.

Larousse. (2017). Désillusion. In Dictionnaire français Larousse. Accès 19 mai 2017 <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9sillusion/24471>

Le Robert illustré. (2012). Le Robert illustré. Paris : Dictionnaires Le Robert

Les répercussions sur le plan social. (2012). Accès 25 juin 2017 <https://aide-alcool.be/effets-sociaux-de-l-alcool>

- Loiselle, C. G. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières: approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent: ERPI.
- Lupien, S. (2015). L'histoire de la science du stress : de Hans Selye à la découverte des anti-inflammatoires. *Santé mentale au Québec*, 40(2), 275.
<https://doi.org/10.7202/1033056ar>
- Maffli, E. (2002). Abus d'alcool : conséquences pour les proches. *Dépendance*, (17), 4–9.
- Marieb, E. N., & Hoehn, K. (2010). *Anatomie et physiologie humaines*. Saint-Laurent: Éditions du Renouveau pédagogique.
- Observatoire Valaisan de la Santé. (septembre 2016). Consommation d'alcool, Valais-Suisse. Accès <https://www.ovs.ch/sante/consommation-alcool-valais-suisse.html>
- Office Fédéral de la statistique OFS. (31 janvier 2017). Evolution du paysage religieux : Population résidente permanente âgée de 15 ans ou plus. Accès 15 juin 2017
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/langues-religions/religions.assetdetail.1901536.html>
- Organisation mondiale de la Santé. (1993). *Classification internationale des maladies, dixième révision, chapitre V : Troubles mentaux et troubles du comportement : Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Paris: Masson.
- Organisation mondiale de la Santé. (2004). *Neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendance*. Genève : de Boeck Supérieur..
- Organisation mondiale de la Santé. (février 2011). L'usage nocif de d'alcool est-il un problème de santé publique? Accès <http://www.who.int/features/qa/66/fr/>
- Organisation mondiale de la Santé. (2017). Consommation d'alcool. Accès http://www.who.int/topics/alcohol_drinking/fr/
- Paulhan, I. (1992). Le concept de coping. In P. Fraisse & J. Segui, *L'année Psychologique* (pp. 545–557). Accès http://www.persee.fr/doc/psy_0003-5033_1992_num_92_4_29539#psy_0003-5033_1992_num_92_4_T1_0554_0000
- Peer, L., & Santos-Eggimann, B. (2000). Parents d'enfants hospitalisés dans une unité de soins intensifs : Une étude exploratoire de leur vécu, (56). Accès 28 mai 2017
https://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds56_fr.pdf
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2016). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia : Wolters Kluwer

- Purves, D., Augustine, G. J., Fitzpatrick, D., Coquery, J.-M., Tajeddine, N., Gailly, P., ... Jeannerod, M. (2015). *Neurosciences*. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
- Raquin, B. (2007). *Sortir du triangle dramatique: ni persécuteur ni victime ni sauveteur*. St-Julien-en-Genevois Cedex; Genève-Bernex: Editions Jouvence.
- Registre des vignes. (31 décembre 2016). Surfaces par cépage - Situation : Vendange 2016. Accès <https://www.vs.ch/web/sca/vignoble-valaisan>
- Ribeyre, L. (2014). La codépendance : nouvel outil clinique ou flou conceptuel ? Une revue de la littérature. *Pratiques Psychologiques*, 20(4), 265–286.
<https://doi.org/10.1016/j.prps.2014.04.002>
- Richard, D., Senon, J.-L., & Valleur, M. (2006). *Dictionnaire des drogues et des dépendances*. Paris: Larousse.
- Rotunda, R. J. (1998). Codependency. Accès <http://uwf.edu/rrotunda/psych/pco4310/hands-on-codependent.html>
- Schober, M., & Affara, F. A. (2006). *International Council of Nurses: advanced nursing practice*. Oxford, UK ; Malden, MA: Blackwell Pub.
- Social Science Statistics. (n.d.). Effect Size Calculator for T-Test. Accès <http://www.socscistatistics.com/effectsize/Default3.aspx>
- Stewart, I., & Joines, V. (1991). *Manuel d'analyse transactionnelle*. Paris : Inter Editions
- Tamian, I. (2017). Le lien familial dans la problématique alcoolique. *Psychotropes*, 23(1), 59. <https://doi.org/10.3917/psyt.231.0059>
- Tel 143. (2016). A propos d'un entretien au téléphone... Accès <https://www.143.ch/fr/Aide/Service-d-aide>
- Villar-Documet, R. (n.d.). Le Cerveau : Le circuit de la récompense. Accès 27 mai 2017 <https://www.rvd-psychologue.com/cerveau-circuit-recompense.html>
- Viva. (2016). Origine et histoire du vin. Accès <http://viva-vins.ch/origine-et-histoire-du-vin/>
- Wright, L. M., Leahey, M., & Campagna, L. (2013). *L'infirmière et la famille : guide d'évaluation et d'intervention* (4th ed.). Quebec: ERPI.

11. Annexes

11.1. Annexe I : Tableaux de recension

Étude 1 : Nagesh, V. A. (2015). Stress and Coping among the Wives of Alcoholics admitted in Selected De-Addiction Centers. *Asian Journal of Nursing Education & Research*, 5(3), 373-380.

<p>Type d'étude ou devis : Quantitative Corrélationnelle</p> <p>Paradigme : Post-positiviste</p> <p>Niveau de preuve : Niveau III</p>	<p>Échantillon : 60 épouses de personnes dépendantes à l'alcool admises dans certains centres de désintoxication du district de Mysore</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion :</p> <p>Inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vivre avec leurs maris pendant le traitement - Ne pas consommer d'alcool - Ne pas avoir de maladie médicale ou psychiatrique majeure - Être disposée à participer à l'étude - Savoir parler et lire le Kannada <p>Exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avoir un mari dépendant d'une autre substance que l'alcool et la nicotine. - Ne pas vouloir participer à l'étude 	<p>But, objectifs : Évaluer le stress et le niveau d'adaptation des femmes de personnes dépendantes à l'alcool</p> <p>Déterminer l'association entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le niveau de stress - L'écoute chez les épouses des personnes dépendantes à l'alcool - Leurs variables personnelles sélectionnées dans des centres de désintoxication sélectionnés du district de Mysore <p>Hypothèse : Pas énoncé par le chercheur, pourrait être : « Les variables personnelles des participantes ont un impact sur le niveau de stress perçu et le niveau d'adaptation des participantes. »</p> <p>Variables : Dépendante : Le stress perçu et le niveau d'adaptation Indépendante : Les variables personnelles</p>	<p>Concepts : Alcool Couple Codépendance Coping Stress Émotions</p> <p>Cadre théorique : Le stress perçu selon Cohen Le coping selon Lazarus et Folkman</p>	<p>Méthode de collecte des données :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Élaboration d'un questionnaire structuré sur le stress perçu et les moyens de faire face 2- Sélection de l'échantillon selon les critères définis 3- Entretiens structurés grâce au questionnaire <p>Éthique : Approbation d'un comité d'éthique</p>	<p>Méthode d'analyse : Des statistiques descriptives et inférentielles pour analyser les données :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fréquence et pourcentage pour les variables personnelles sélectionnées - Moyenne, médiane, écart type, pour le stress et le niveau d'adaptation chez les femmes des personnes dépendantes à l'alcool - Chi-carré pour évaluer l'association entre le stress et le niveau d'adaptation chez ces femmes et leurs variables personnelles <p>Logiciel statistique : Pas mentionné</p>	<p>Résultats : La majorité des conjoints d'une personne dépendante à l'alcool éprouvent du stress et utilisent toutes les stratégies d'adaptation pendant les situations stressantes.</p> <p>Il existe une relation significative entre le stress et l'âge de la femme uniquement.</p> <p>Il existe une relation significative entre le coping et le type de famille, les années de mariage et le fait de consommer une autre substance psychoactive.</p> <p>Conclusion : Les résultats de cette étude aideront les infirmières en santé communautaire et en psychiatrie à identifier diverses stratégies d'adaptation adoptées par les épouses. Il est important que les infirmières les aident à renforcer ces stratégies d'adaptation. Cela constitue une prévention de la détresse et contribue à la promotion du bien-être. L'étude a conclu que le stress chez ces femmes entraînait de nombreuses conséquences chez elle, c'est pourquoi l'empathie est nécessaire pour les aider à mieux faire face.</p> <p>Forces et faiblesses de l'étude : Pas pris en compte les femmes avec une maladie majeure, qui peut être une conséquence de l'alcoolisme de leur mari.</p>
--	---	--	--	--	--	--

Étude 2 : Dharamveer Singh, Nitasha Sharma, Sunita Sharma, Sandhya Ghai, Debashish Basu, Deepika Kumari & Gagandeep Kaur. (2016). Living with an alcoholic partner: Problems faced and coping strategies used by wives of alcoholic clients. *Industrial Psychiatry Journal*, 25, 65-71.

<p>Type d'étude ou devis : Qualitative descriptive</p> <p>Paradigme : Naturaliste</p> <p>Niveau de preuve : Niveau VI</p>	<p>Échantillon : 30 épouses de clients dépendants à l'alcool cherchant un traitement dans un centre de désintoxication</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion : <u>Inclusion :</u> - Vivre avec la personne dépendante depuis au moins 6 mois</p> <p><u>Exclusion :</u> - Accompagner une personne abusant d'une ou plusieurs autres substances psychoactives en plus de l'alcool</p>	<p>But, objectifs : Étudier les problèmes rencontrés et les stratégies d'adaptation utilisées par les épouses avec un conjoint dépendant à l'alcool.</p> <p>Question de recherche : « Quels sont les problèmes rencontrés par les femmes des patients dépendants à l'alcool et quelles sont leurs stratégies d'adaptation ? »</p>	<p>Concepts : Coping Codépendance Alcoolisme</p> <p>Cadre théorique : Les stratégies d'adaptation Selon Oxford et Guthrie, (1976)</p>	<p>Méthode de collecte des données :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Identification des problèmes à l'aide d'un questionnaire structuré non standardisé 2- Évaluation des stratégies de coping à l'aide d'un outil standardisé 3- Réalisation d'entrevues individuelles de chaque sujet d'étude en utilisant 3 outils (profil sociodémographique, questionnaires sur les problèmes et sur les stratégies de coping). 4- Durée moyenne de chaque entrevue : 30 min <p>Éthique : L'autorisation de toutes les autorités concernées au début de la recherche. Validé par le Comité d'éthique de l'Institut. Un consentement éclairé écrit a été signé par chaque sujet d'étude.</p>	<p>Méthode d'analyse : Une analyse des données effectuée par des statistiques descriptives comprenant des comptages de fréquence, des pourcentages, des moyennes et des écarts types</p> <p>Logiciel statistique : IBM, SPSS Statistics for Windows, version 19.0</p>	<p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problèmes rencontrés dans de multiples domaines : physique, psychologique et social. - Les problèmes émotionnels et les problèmes de violence physique sont les moins signalés. - Les stratégies d'adaptation utilisées se regroupent en trois styles majeurs : l'engagement, la tolérance et le retrait. <p>Conclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La prévalence de la violence chez les femmes des personnes dépendantes à l'alcool est un problème social important. - Ces épouses peuvent utiliser diverses stratégies d'adaptation pour freiner les effets néfastes de la consommation de leur partenaire. - Certaines stratégies ont des résultats positifs. <p>Forces et faiblesses de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les résultats mettent en évidence le rôle de la culture et la modification des implications de genre sur leurs styles d'adaptation. - Le type de questionnaire utilisé. - L'étude n'a pas exploré la détresse subjective et la douleur des épouses. - L'étude n'a pas examiné l'association entre les variables démographiques et les styles d'adaptation utilisés.
--	--	---	---	--	---	--

Étude 3 : Antunes, F., Marcon, S. S. & de Oliveira, M. L. (2013). Feelings of caregivers of alcohol abusers at hospital admission. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(6) 581-585.

<p>Type d'étude ou devis : Qualitative Descriptive</p> <p>Paradigme : Naturaliste</p> <p>Niveau de preuve : Niveau VI</p>	<p>Échantillon : 24 proches (au départ) 10 proches ont rempli les critères d'inclusion et ont été sélectionnés.</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion : Inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Être un membre de la famille des patients hospitalisés à l'unité de soins intensifs en 2011 - Résider à Maringá - Vivre avec le patient avant et après son admission à l'hôpital - Avoir 18 ans ou plus - Être le soignant de référence <p>Exclusion : pas de critère d'exclusion</p>	<p>But, objectifs : Décrire les sentiments des personnes à propos de leur proche dépendant à l'alcool lors de l'admission à l'hôpital en unité de soins</p> <p>Question de recherche : Pas énoncé par les chercheurs, pourrait être : « Quelle est l'expérience des personnes ayant un proche dépendant à l'alcool lorsque ce dernier est hospitalisé en unité de soins continus ? »</p>	<p>Concepts : Alcoolisme Proches aidants Hospitalisation Religion et coping</p> <p>Cadre théorique : Les sentiments de la famille codépendante d'une personne dépendante chimiquement selon Moraes et all.</p>	<p>Méthode de collecte des données :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entretiens semi-dirigés au domicile des proches aidants, dans un lieu privé - Enregistrement de ces entretiens - Tenue d'un journal enregistrant les informations significatives des chercheurs <p>Éthique : Le développement de cette étude a suivi les normes éthiques nationales et internationales pour la recherche sur des sujets humains.</p>	<p>Méthode d'analyse :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les informations collectées ont été intégralement retranscrites pour l'analyse. - Les données qualitatives ont été analysées en utilisant une technique d'analyse de contenu de la modalité thématique. <p>Logiciel statistique : Pas de logiciel statistique</p>	<p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les proches ont signalé des sentiments de souffrance, de tristesse, de désespoir et de culpabilité. - La religion est apparue comme un moyen d'affronter la souffrance. - L'affection du membre de la famille était plus importante que la charge de travail associée à la prestation de soins. <p>Conclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'admission des consommateurs d'alcool à l'unité de soins intensifs est un événement difficile pour la famille du patient. - Beaucoup de sentiments sont ressentis lors de l'hospitalisation. - Une bonne relation avec le personnel infirmier est essentielle pour satisfaire les besoins des membres de la famille et diminuer le stress de l'hospitalisation. - La foi et la religion sont un facteur de soutien important en réponse aux souffrances causées par cette expérience. <p>Forces et faiblesses de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Donne des pistes pour les soins infirmiers et approfondit la notion de religion car elle est ressortie comme une notion importante durant les entretiens. - Les chercheurs n'ont pas mentionné si un consentement éclairé avait été distribué aux participants - Ils n'indiquent pas quand les entretiens ont été réalisés → l'intensité des sentiments peut différer.
--	---	--	--	---	---	---

Étude 4 : Bortolon, C. B., de Campos Moreira, T., Signor, L., Ferigolo, M., Guahyba, B. L., Tannhauser Barros, H. M. & Rizzieri Figueiró, L. (2016, Octobre). Six-Month Outcomes of a Randomized, Motivational Tele-intervention for Change in the Codependent Behavior of Family Members of Drug Users. *Substance Use & Misuse*, 52(2), 1-11.

<p>Type d'étude ou devis : Quantitative Essai clinique randomisé</p> <p>Paradigme : Post-positiviste</p> <p>Niveau de preuve : Niveau II</p>	<p>Échantillon : 325 membres de la famille d'un utilisateur de drogue</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion : <u>Inclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Donner son consentement libre et éclairé - Être d'accord de compléter tous les suivis proposés de l'enquête - Compléter le premier appel - Répondre à l'évaluation de codépendance et des stades de motivation au changement (questionnaire envoyé) - Venir des cinq régions du Brésil, - Avoir appelé le numéro gratuit d'aide à ce sujet <p><u>Exclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Avoir un membre de la famille uniquement dépendant à la cigarette - Être âgé de moins de 15 ans - Refuser de participer à l'étude - Ne pas souhaiter réaliser le suivi proposé par l'enquête - Ne pas avoir la capacité cognitive de compléter le questionnaire 	<p>But, objectifs : L'objectif était de déterminer si les comportements codépendants des familles ont changé par rapport aux consommateurs de drogues lorsqu'ils ont suivi le TMMFDU à 6 mois.</p> <p>Question de recherche : « Le TMMFDU a-t-il un impact sur le changement ou non de comportement des personnes codépendantes ? »</p> <p>Hypothèse : Le TMMFDU (durant 6 mois) influence sur le changement de comportement des personnes codépendantes.</p> <p>Variables : <u>Dépendante :</u> Changement de comportement <u>Indépendante :</u> TMMFDU ou UT</p>	<p>Concepts : Codépendance Dépendance Famille Entretien motivationnel</p> <p>Cadre théorique : L'entretien motivationnel selon Miller et Rollnick (2013)</p> <p>Les stades du changement selon Prochaska, Diclemente et Norcross (1992)</p>	<p>Méthode de collecte des données : La méthode de collecte des données s'est déroulée entre août 2008 et février 2013. Les participants sélectionnés ont été randomisés selon l'UT ou le TMMFDU. Entretiens téléphoniques sur une période de six mois à raison d'un appel par mois. Chaque entretien durait entre 45 et 90 min et était conduit par un consultant.</p> <p>Éthique : Étude approuvée par le comité d'éthique en recherche de l'université fédérale de science de la santé de Porto Alegre Consentement éclairé des participants</p>	<p>Méthode d'analyse : Seules les données des participants qui ont suivi l'intervention dans son intégralité ont été analysées.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Analyse descriptive des caractéristiques sociodémographiques. 2- Analyse grâce au chi carré 3- Analyse bivariée et multivariée afin de chercher des relations significatives entre les variables <p>Deux façons d'analyser la variance (ANOVA). Les valeurs de $p < 0.05$ ont été considérées comme statistiquement significatives.</p> <p>Logiciel statistique : IBM SPSS Statistics 19.0 software</p>	<p>Résultats : Il n'y avait pas de données sociodémographiques ni de différences de codépendance entre les membres de la famille perdus lors du suivi par rapport à ceux qui sont restés jusqu'à la fin de la session. Après six mois de suivi, les membres de la famille du groupe UT avaient deux fois plus de chances de ne pas modifier leur comportement afin qu'il devienne plus faible par rapport au groupe TMMFDU</p> <p>Conclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le TMMFDU a aidé à diminuer les comportements de codépendance. - Le suivi des appels pour stimuler les membres dans le processus de changement était important dans la performance du TMMFDU. - Le TMMFDU a été reconnu comme une stratégie abordable et économique pour atteindre ce type de population. - Plus d'études pour connaître les facteurs influençant l'adhérence aux services de santé par téléphone pour les membres de famille de personnes dépendantes des drogues. <p>Forces et faiblesses de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elle propose des améliorations - Bonnes bases théoriques - Échantillon randomisé pour éviter les biais. - Échelle de la codépendance peu stratifiée : soit haut niveau de codépendance soit bas niveau
---	--	--	---	---	--	---

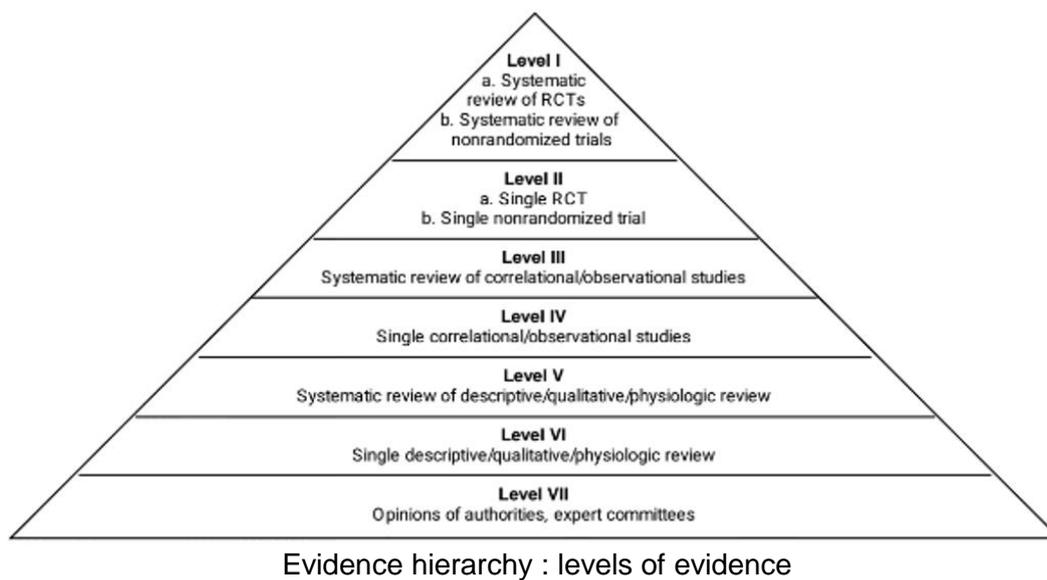
Étude 5 : Antunes, F. & de Oliveira, M. L. (2016). The quotidian of family caregivers of alcohol users who required intensive care hospitalization. *Ciencia, Cuidado e Saude*, 5(1), 3-10.

<p>Type d'étude ou devis : Qualitative Descriptive et exploratrice</p> <p>Paradigme : Naturaliste</p> <p>Niveau de preuve : Niveau VI</p>	<p>Échantillon : Dix aidants familiaux de patients avec une dépendance à l'alcool</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion :</p> <p>Inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Famille des patients qui ont été déchargés, transférés et qui sont décédés aux SI - Résider à Maringá (Paraná) - Être âgé de 18 ans ou plus - Vivre en relation ou en cohabitation avec le patient avant et après son hospitalisation aux SI - Être l'aidant de référence <p>Exclusion : pas de critères d'exclusion</p>	<p>But, objectifs : Décrire la vie quotidienne des soins à domicile fournis par les proches aidants pour leur proche dépendant à l'alcool</p> <p>Question de recherche : Pas énoncé par le chercheur, pourrait être : « Quel est le quotidien des proches aidants s'occupant d'un membre de leur famille dépendant à l'alcool ? »</p>	<p>Concepts : Addiction Alcoolisme Proche aidant Hospitalisation</p> <p>Cadre théorique : Les interactions de protection dans les familles alcooliques selon Silva et all (2012).</p>	<p>Méthode de collecte des données : Des entretiens semi-structurés d'environ 50 minutes, au domicile de chaque proche aidant. Ils ont été enregistrés sur deux enregistreurs et possédaient deux parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les caractéristiques socio-économiques et démographiques de l'aidant familial et de la personne dépendante à l'alcool. - Cinq questions ouvertes destinées aux aidants naturels <p>Un journal de bord a été tenu avec pour but d'enregistrer les informations pertinentes identifiées par les chercheurs.</p> <p>Éthique : Les participants ont tous signé un consentement. L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique pour la recherche impliquant des êtres humains de l'Université d'État de Maringá.</p>	<p>Méthode d'analyse : Les entretiens ont été transcrits et les données qualitatives ont été analysées à l'aide de l'analyse thématique.</p> <p>Les analyses ont été faites en deux parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les activités de soins avant et après l'hospitalisation aux SI - Les soins d'un membre de la famille dépendant à l'alcool 	<p>Résultats : Tensions fréquentes, violence familiale, éloignement des personnes proches. Surveillance constante pour la sécurité de la personne dépendante. Besoins de soutien éducatif lors des soins donnés par les aidants. Soutien émotionnel. Difficulté à accepter la dépendance avant l'hospitalisation. Meilleures relations après l'hospitalisation.</p> <p>Conclusion : Les résultats présentés dans ce travail montrent la nécessité d'un soutien à ces familles. Le suivi du traitement de l'utilisateur et de l'aidant familial entraîne une meilleure relation entre eux.</p> <p>Forces et faiblesses de l'étude : Entière retranscription des données qualitatives Respect des personnes, choix d'un lieu privé</p>
--	---	---	---	--	---	---

Étude 6 : Gethin, A., Trimmingham, T., Chang, T., Farrell, M. & Ross, J. (2016). Coping with problematic drug use in the family: An evaluation of the Stepping Stones program: Stepping Stones evaluation. *Drug and Alcohol Review*, 35(4), 470–476.
<https://doi.org/10.1111/dar.12327>

<p>Type d'étude ou devis : Quantitative Corrélationnelle</p> <p>Paradigme : Post-positiviste</p> <p>Niveau de preuve : Niveau</p>	<p>Échantillon : 108 participants inscrits au programme Stepping Stones « deux semaines ».</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion : Les chercheurs n'ont pas spécifié de critère d'inclusion ou d'exclusion dans leur étude. Ils ont sélectionné les participants au programme Stepping Stones « deux semaines » qui ont donné leur accord pour participer à l'évaluation.</p>	<p>But, objectifs : Évaluer l'impact de la participation au programme Stepping Stones d'un membre de la famille d'une personne dépendante d'une substance sur ses stratégies de coping</p> <p>Question de recherche : « Quels sont les impacts du programme Stepping Stones sur les stratégies de coping et sur les émotions d'un membre de la famille d'une personne dépendante à une substance ? »</p> <p>Hypothèse : Le programme Stepping Stones a un impact sur les stratégies de coping et sur les émotions négatives d'une personne ayant un proche dépendant à une substance.</p> <p>Variables : <u>Dépendantes :</u> les stratégies de coping et les émotions négatives. <u>Indépendante :</u> le programme Stepping Stones</p>	<p>Concepts : Dépendance Accompagnement Émotions Coping</p> <p>Cadre théorique : Le programme Stepping Stones selon Tony Trimmingham (1997)</p>	<p>Méthode de collecte des données :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Avant de prendre part au programme, les participants ont reçu le CQ, des informations sur le programme et un consentement 2- Lors de la première participation au programme, ils ont reçu et complété le FDSQ 3- Immédiatement après avoir fini le programme, ils ont rempli le CSQ. 4- Trois mois après la fin du programme, les participants ont reçu par mail le CQ et le FDSQ 5- Ils ont reçu par mail leurs résultats initiaux et finaux accompagnés de commentaires pour montrer leurs progrès et les points à améliorer. <p>Éthique : Approuvé par le comité d'éthique de l'université de la Nouvelle-Galles du Sud (Australie) Participants consentants et utilisation d'un code unique assurant la confidentialité.</p>	<p>Méthode d'analyse : Les données ont été analysées en utilisant un logiciel statistique.</p> <p>Les changements dans les scores moyens au fil du temps ont été testés à l'aide du test t des échantillons appariés.</p> <p>La taille des effets a été évaluée à l'aide de Cohen's d</p> <p>Logiciel statistique : IBM SPSS, V21 Grad Pack</p>	<p>Résultats : 74% des participants au programme étaient des mères. Le reste était des partenaires, des frères ou des sœurs et un était un ami. Le CQ a montré une réduction significative dans les copings à action négative. Les copings négatifs (engagé et tolérant) ont diminué entre avant le programme et lors du suivi à trois mois. Le coping dit positif a quant à lui augmenté durant la même période.</p> <p>Le FDSQ a lui aussi montré une amélioration du coping chez les participants. Chez les participants sur la liste d'attente, il n'y a pas eu de changement dans les scores de coping entre la période où ils se sont inscrits au cours et où ils les ont commencés (6-12 semaines plus tard).</p> <p>La moyenne de satisfaction au cours était de 30,24/32.</p> <p>Conclusion : Le programme aide les membres de la famille dans leurs capacités à faire face sur le long terme. Il fournit un soutien familial et des conseils.</p> <p>Forces et faiblesses de l'étude : Les chercheurs ont mesuré le coping chez des participants et chez des personnes en attente de participer au programme (augmentation de la validité). Le FDSQ n'a pas été validé comme outils de mesure d'auto-évaluation.</p>
--	---	--	---	--	---	---

11.1. Annexe II : Pyramide des preuves



Tiré de : Polit & Beck, 2016, p.25

11.2. Annexe III : Glossaire méthodologique

Alpha de Cronbach : l'alpha est une valeur numérique associée au risque d'erreur en rejetant une hypothèse nulle qui, en réalité, est vraie. Le coefficient α de Cronbach est un indice de fidélité évaluant la cohérence interne d'une échelle composée de plusieurs énoncés. Il est utilisé quand il y a plusieurs choix d'établissement des scores, comme dans l'échelle de Likert. Il détermine jusqu'où les énoncés de l'échelle mesurent un concept donné de la même façon (Fortin et Gagnon, 2010, p. 408-409).

Analyse de contenu : traitement des données qualitatives afin d'en dégager les thèmes saillants et les tendances (Loiselle, 2007, p. 467).

Analyse de la régression de Cox : elle prévoit la probabilité d'occurrence de l'événement étudié à un instant t donné pour les valeurs fournies pour les variables de prédicteur (IBM Knowledge Center, s.d.).

Analyse de la régression logistique : prédire la probabilité qu'un événement se produise à partir des valeurs connues pour un ensemble de variables indépendantes (Fortin et Gagnon, 2010, p. 527).

ANOVA (analyse de la variance) : test statistique paramétrique destiné à déterminer les différences entre trois groupes ou plus en comparant la variation intragroupe avec la variation intergroupe (Fortin et Gagnon, 2010, p. 523).

Biais : démarche ou procédé qui engendre des erreurs dans les résultats d'une étude (Loiselle, 2007, p. 44).

Biais de sélection (ou d'échantillonnage) : il survient quand les échantillons ne sont pas soigneusement sélectionnés ou que les personnes devant composer un échantillon sont sur-représentées ou sous-représentées au regard de certaines caractéristiques de la population directement liée au phénomène à l'étude (Fortin et Gagnon, 2010, p. 227).

Chi-carré : test inférentiel non paramétrique qui exprime l'importance de l'écart entre les fréquences observées et les fréquences théoriques. On l'utilise entre autres pour effectuer un test d'hypothèse concernant le lien entre deux variables qualitatives. Il sert aussi à déterminer si deux variables sont indépendantes ou réciproquement dépendantes (Fortin et Gagnon, 2010, p. 524).

Coefficient de corrélation de Pearson : dans la statistique descriptive, décrit une relation entre deux variables à partir d'une question de recherche portant sur l'existence d'une relation. Il vérifie aussi la relation linéaire ou le degré d'association entre deux variables continues. Ce coefficient représente un indice de l'étendue de la relation entre deux variables et sert fréquemment de statistique descriptive pour décrire le lien entre deux variables (Fortin et Gagnon, 2010, p. 501, 524).

Cohen's d : il peut évaluer la magnitude d'un effet associé dans une population donnée par rapport à une hypothèse nulle (Social Science Statistics, s.d.).

Crédibilité : évaluation de la qualité des données dans une étude qualitative. Elle renvoie à la confiance que l'on peut avoir dans l'exactitude des données.

Devis : plan général permettant d'explorer de façon empirique les questions de recherche ou de vérifier des hypothèses (Loiselle, 2007, p. 60).

Devis descriptif : il entraîne soit l'exploration de phénomènes humains menant à une recherche qualitative, soit la description de facteurs ou de populations donnant lieu à une recherche quantitative. Le but détermine l'orientation à prendre pour réaliser la recherche. Le devis descriptif comportant la notion exploratoire est approprié lorsque le but poursuivi est d'explorer un phénomène du point de vue des participants (Fortin et Gagnon, 2010, p. 254).

Écart type : mesure de dispersion qui tient compte de la distance entre chacun des scores d'une distribution par rapport à la moyenne du groupe (Fortin et Gagnon, 2010, p. 495). Cette statistique est la plus souvent utilisée pour mesurer la variabilité dans un ensemble de scores (Loiselle, 2007, p. 361).

Échantillon non probabiliste : issue d'une méthode qui consiste à prélever un échantillon de façon arbitraire, non aléatoire (Loiselle, 2007, p. 267).

Échantillonnage : processus de sélection d'un groupe de personnes ou une portion de la population pour que cette partie représente la population cible (Loiselle, 2007, p. 265).

Essai clinique randomisé : étude expérimentale dans laquelle un traitement clinique est comparé à une situation de contrôle où les sujets sont répartis de façon aléatoire dans les groupes (Fortin et Gagnon, 2010, p. 344-345).

Étude corrélationnelle : la recherche corrélationnelle vise à explorer et à vérifier des relations entre des variables (Fortin et Gagnon, 2010, p. 32).

Étude phénoménologique : cette méthode de recherche vise à comprendre un phénomène. Le but est de décrire l'expérience telle qu'elle est vécue et rapportée par des personnes touchées par un phénomène précis. Elle étudie la signification d'expériences telles qu'elles sont vécues par les personnes (Fortin et Gagnon, 2010, p. 35).

Étude pilote : version d'une étude à petite échelle en préparation d'une étude de grande envergure (Loiselle, 2007, p. 61).

Fiabilité : critère servant à évaluer la qualité des données dans une étude quantitative, renvoyant à la stabilité des données dans le temps et dans différentes conditions. Elle est similaire à la fidélité en recherche quantitative (Loiselle, 2007, p. 340).

Fidélité : degré de constance avec lequel un instrument mesure l'attribut qu'il est censé mesurer (Loiselle, 2007, p. 43).

Hypothèse : prédiction des relations entre des variables. Elle est normalement formulée sous forme d'énoncé. Elle établit un lien d'association ou de causalité entre des variables et fait l'objet d'une vérification empirique (Fortin et Gagnon, 2010, p. 44 ; Loiselle, 2007, p. 116).

Journal de bord : journal tenu par le chercheur durant la collecte et l'analyse des données. Il y aborde de façon régulière ses pensées, ses réflexions, ses faits et ses idées (Loiselle, 2007, p. 226).

Moyenne : mesure de tendance centrale qui correspond à la somme d'un ensemble de valeurs divisées par le nombre total de valeurs. Elle est symbolisée par \bar{x} ou μ , selon qu'il s'agit de représenter la moyenne de l'échantillon ou la moyenne de la population (Fortin et Gagnon, 2010, p. 493).

Randomisation : répartition aléatoire, mode de distribution des sujets dans les groupes au moyen de méthodes probabiliste. Chaque participant a autant de chance de se retrouver dans un groupe que dans un autre (Loiselle, 2007, p. 185).

Test non paramétrique : test statistique inférentiel utilisé pour des données nominales et ordinales, et dont la distribution normale ne repose pas sur des postulats rigoureux. Il peut être utilisé quand les critères de normalité ou d'homogénéité de la variance ne sont pas comblés. Il est utile auprès d'échantillons de petite taille et convient aux données nominales et ordinales (Fortin et Gagnon, 2010, p. 521).

Test paramétrique : pour estimer les paramètres de la population. C'est un procédé statistique servant à faire l'estimation des paramètres de la population et à vérifier des hypothèses en tenant compte des postulats sur la distribution des variables et sur l'utilisation des mesures d'intervalle et de proportion (Fortin et Gagnon, 2010, p. 521).

Test-T : test paramétrique pour comparer deux moyennes. Il sert à déterminer la différence entre les moyennes de deux populations. Il convient aux échantillons de toutes tailles (Fortin et Gagnon, 2010, p. 522).

Triangulation : utilisation de plusieurs méthodes lors de la collecte et de l'analyse des données portant sur un phénomène afin d'obtenir une représentation exacte de la réalité (Loiselle, 2007, p. 44).

Valeur P : correspond au risque maximal de rejeter l'hypothèse nulle (H_0) alors qu'elle est vraie, c'est-à-dire à la probabilité de commettre une erreur de première espèce. Valeur qui permet d'estimer si des résultats sont significatifs ou non. Si elle est supérieure à 0.05, on estime que les résultats ne sont pas significatifs sur le plan statistique selon les normes admises. Les résultats seront plus fiables si la valeur est plus faible (Loiselle, 2007, p. 79).

Validité externe : caractère d'une étude qui permet de généraliser les résultats à d'autres populations et contextes que ceux de l'étude (Fortin et Gagnon, 2010, p. 328).

Validité interne : caractère d'une étude expérimentale dans laquelle il apparaît hors de tout doute que la variable indépendante est la seule cause du changement touchant la variable dépendante (Fortin et Gagnon, 2010, p. 323).

Variable dépendante : elle est censée dépendre d'une autre variable (variable indépendante) ou être causée par celle-ci (Fortin et Gagnon, 2010, p. 41)

Variable indépendante : elle peut expliquer la variable dépendante ; elle peut aussi influencer sur cette dernière (Fortin et Gagnon, 2010, p. 40)

Verbatim : Reproduction intégrale des propos prononcés lors d'un interview ; fournissant le mot à mot d'une déclaration, d'un débat (Le Robert illustré, 2012, p. 1971).

11.3. Annexe IV : Glossaire technique

Acide gamma-aminobutyrique : presque toutes les synapses inhibitrices du cerveau et de la moelle utilisent comme neurotransmetteur soit l'acide gamma-aminobutyrique (GABA), soit la glycine (Purves et al., 2015, p. 122).

Aire tegmentale ventrale : elle se situe dans le mésencéphale et se compose d'un ensemble de neurones. Le noyau accumbens et l'aire tegmentale ventrale sont les principaux sites où les drogues interagissent avec le traitement des signaux nerveux relatifs aux renforcements émotionnels, soit en prolongeant l'action de la dopamine dans le noyau accumbens soit en potentialisant l'activation des neurones de l'aire tegmentale ventrale et du noyau accumbens (Purves et al., 2015, p. 664).

Amygdale : complexe nucléaire du lobe temporal, faisant partie du système limbique. Ses fonctions principales concernent les activités végétatives, émotionnelles et sexuelles (Purves et al., 2015, p. 654-655).

Analyse transactionnelle : théorie de la personnalité, des rapports sociaux et de la communication, élaborée dans les années 1950 par Éric Berne. Elle vise la croissance personnelle et le changement personnel (Stewart et Joines, 2014, p. 17).

CIM10 : classification internationale des maladies, 10e révision, publiée par l'Organisation mondiale de la Santé (Organisation mondiale de la Santé, 1993).

Dopamine : neurotransmetteur du groupe des catécholamines. La dopamine est présente dans plusieurs régions du cerveau. Elle joue un rôle essentiel dans le contrôle de la motricité. On estime qu'elle intervient également dans le processus de motivation, de récompense et de renforcement. Ce groupe comprend notamment des neurotransmetteurs tels que la dopamine, la noradrénaline et l'adrénaline (Purves et al., 2015, p. 125-126).

Endorphines : elles font partie des trois classes regroupant les peptides opioïdes (Marieb et Hoehn, 2010, p. 6).

Glutamate : neurotransmetteur le plus important pour le fonctionnement normal du cerveau. On estime que cet agent est libéré par plus de la moitié des synapses cérébrales (Purves et al., 2015, p. 116).

Hippocampe : structure corticale du lobe temporal médian, impliquée notamment chez l'homme, dans la mémoire déclarative à court terme (Purves et al., 2015, p. 170).

Mécanisme de défense : défense du moi contre les pulsions instinctuelles et les affects liés à ces pulsions. Ces mesures défensives sont des activités inconscientes du moi. Leur activation est involontaire (Callahan & Chabrol, 2004, p. 1).

Neurotransmetteurs : médiateurs chimiques libérés par les neurones et qui, en se liant aux récepteurs des neurones postganglionnaires ou des cellules effectrices, stimulent ou inhibent ces neurones ou ces cellules (Marieb et Hoehn, 2010, p. 448-449).

Norépinéphrine : aussi appelé noradrénaline. Substance chimique produite par l'organisme humain et impliquée dans la régulation de la douleur, du sommeil et de l'humeur. C'est une catécholamine comme la dopamine ou l'adrénaline (Häuser, Urrútia, Tort, Üçeyler et Walitt, 2013, p. 8).

Opioides endogènes : peptides neurotransmetteurs du système nerveux central ayant les mêmes effets pharmacologiques que la morphine ou autres dérivés de l'opium, étant agonistes des récepteurs des opioïdes. Il en existe trois classes : les dynorphines, les endorphines et les enképhalines (Purves et al., 2015, p. 134, 135, 225).

Pleine conscience : en anglais « mindfulness ». Cette pratique trouve son origine dans les traditions philosophiques, religieuses et culturelles orientales et plus particulièrement dans le bouddhisme. Elle consiste à centrer son attention sur le moment présent et sans jugement de valeur. Elle peut être développée à travers la pratique de la méditation (Bondolfi, Jermann et Zermatten, 2011, p. 168).

Sérotonine : monoamine dérivant de l'acide aminé tryptophane et ayant un rôle de neurotransmetteur (Purves et al., 2015, p. 125, 130).

Système de récompense : il fournit la motivation nécessaire à la réalisation d'actions ou de comportements adaptés. Il est constitué par trois composantes : affective (le plaisir des récompenses / le déplaisir des punitions) ; motivationnelle (la motivation à obtenir la récompense ou à éviter la punition) ; cognitive (l'apprentissage) (Villar-Documet, s.d.).

Système limbique : il se situe sur la face médiale des hémisphères cérébraux et dans le diencephale. Ce système représente le cerveau émotionnel ou affectif. Les éléments les plus importants du système limbique sont le gyrus cingulaire, l'hippocampe et l'amygdale. (Marieb et Hoehn, 2010, p. 514-515 ; Purves et al., 2015, p. 652).

Système nerveux central : il se compose de l'encéphale et de la moelle épinière. Il remplit trois fonctions étroitement liées : l'information sensorielle, l'intégration et la réponse motrice. Il interprète l'information sensorielle qui lui parvient et élabore des réponses motrices fondées sur l'expérience, les réflexes et les conditions ambiantes (Marieb et Hoehn, 2010, p. 438).

Verre standard : un verre standard contient de 10 à 12 g d'alcool pur ; cette quantité correspond approximativement à :

- un verre de bière de 3 dl à 5% vol
- un verre de vin de 1 dl à 13% vol
- un petit verre d'alcool fort de 4 cl à 40% vol (Addiction Suisse, 2014, p. 3)

11.4. Annexe V : Glossaire des échelles utilisées dans les études

11.4.1. Étude 1

Perceived stress scale (Cohen's, 1994) :

C'est une échelle en cinq points, contenant quatorze objets. Cet outil standard a été modifié selon les conseils d'un expert de recherche pour atteindre l'objectif de l'étude. L'objet est composé de quatorze questions en lien avec les sentiments ressentis par les épouses des personnes alcooliques. Il y a cinq choix de réponses (« jamais », « presque », « parfois », « assez souvent », « très souvent »). Afin de pouvoir calculer le résultat final, sept réponses aux questions sont exprimées positivement (de 0 à 4, allant respectivement de « jamais » à « très souvent »). Les sept réponses aux questions restantes sont exprimées négativement (de 4 à 0 allant respectivement de « jamais » à « très souvent »). Le résultat total de l'échelle varie entre 0 et 56. Les résultats ont été séparés comme suit : léger stress (0-19), stress modéré (20-39), stress sévère (40-56).

Ways of Coping Checklist (Folkman et Lazarus, 1980) :

L'échelle qui a été utilisée dans l'étude diffère de l'original « Ways of Coping Checklist » (Folkman et Lazarus, 1980) de plusieurs manières. Le format de la réponse dans la version originale était Oui/Non ; sur la version revisitée, le sujet répond sur une échelle de Likert (échelle à 4 points).

Le questionnaire contient 66 items au total. Le participant doit choisir l'intensité de ses réponses selon l'échelle à quatre points. Les réponses sont 0, 1, 2 et 3 signifiant respectivement « pas utilisé », « utilisé quelques fois », « utilisé souvent », « utilisé beaucoup ».

Le score total varie de 0 à 198. Les notes des stratégies de capacité à faire face sont arbitrairement répertoriées dans trois catégories : incapable de faire face (0-66), capable de faire face dans une certaine mesure (67-132), capable de faire face efficacement (133-198).

11.4.2. Étude 2

Questionnaire of coping strategies used by wives of alcoholic clients (Oxford et al., 1976) :

Ce questionnaire sur les stratégies de coping est un outil normalisé avec une échelle composée de 30 éléments. Chaque élément est évalué sur une échelle de quatre points allant de 0 à 3. L'outil donne des résultats dans les trois stratégies de coping : engagé, tolérant et retrait.

Le coping engagé est le fait de faire face en essayant de résister au problème. Dans ce questionnaire, il comprend quatorze sous-catégories. Le coping tolérant est un coping inactif avec des tentatives de résoudre le problème. Il est composé de neuf éléments. Le coping en retrait consiste à se tenir en retrait du problème et gagner en indépendance. Ici, sept sous-catégories en découlent.

Les scores moyens peuvent être obtenus simplement, en additionnant le score des éléments individuels de chaque sous-échelle.

Questionnaire sur les problèmes des femmes :

Ce questionnaire structuré en 17 items a été préparé par le chercheur après un examen approfondi des problèmes rencontrés par les femmes des alcooliques. Chaque élément du questionnaire devait être coché en choisissant l'option appropriée dans une échelle de quatre points allant de 0 à 3 où 0 correspondait à « jamais », 1 correspondait à « une ou deux fois », 2 signifiait « parfois » et 3 correspondait à « souvent ». Le questionnaire donne des résultats en termes de problèmes dans cinq domaines : problèmes émotionnels, de santé, sociaux, financiers, et violence physique.

Les scores ont été obtenus en additionnant les scores individuels des objets dans chaque domaine.

11.4.3. Étude 4

Index de codépendance Holyoake (Dear et Roberts, 1990) :

Cet outil de mesure a été créé dans le but d'évaluer la codépendance avec treize items regroupés sous les trois éléments suivants : se concentrer sur les autres, le sacrifice de soi et la réactivité. L'instrument a été conçu de manière à mesurer une tendance individuelle à endosser les croyances et attributions de la codépendance. Le score total est réalisé grâce à la somme des éléments divisée par le nombre de questions pour chaque élément. Il peut varier de trois à quinze points.

Un score proche de quinze points indique un caractère à se focaliser sur l'autre, s'auto-sacrifier et de la réactivité. Alors qu'un score plus près de trois points (basse codépendance) indique une tendance plus basse de ces caractéristiques. En d'autres termes, un score élevé montre des comportements dénotant un besoin d'approbation. Un score faible est une tendance moins prononcée vers les caractéristiques de codépendance.

Un score de 9.7 ou plus était considéré comme un score de codépendance haut pour cette étude. Cette valeur a été créée par la moyenne des scores de codépendance dans une étude des membres de la famille des utilisateurs de drogue qui a été conduite en 2010 au Brésil.

The Contemplation Ladder (Biener, 1991) :

Il a été créé pour évaluer les stades de préparation pour le changement de comportement en utilisant une forme adaptée avec cinq catégories.

L'auto-évaluation était effectuée en lisant les cinq catégories aux membres de la famille et en leur demandant quelle catégorie représentait le mieux ce qu'ils pensaient et ressentaient actuellement par rapport à leur comportement envers la personne dépendante à une substance.

Chaque stade de changement était caractérisé en accordant les choix suivants aux propositions : pre-contemplation (catégories 1-2), contemplation (catégories 3), preparation (catégories 4), action and maintenance (catégories 5).

11.4.4. Étude 6

Coping questionnaire :

Ce questionnaire demande aux membres de la famille leurs réactions quant à la consommation d'alcool ou de drogue par le membre de leur famille, et pose 30 questions spécifiques concernant leurs capacités à faire face sur les trois derniers mois. Les capacités à faire face sont classées dans trois catégories : engagé, tolérant et retrait. Pour chaque question, les personnes interrogées ont quatre possibilités pour déterminer le nombre d'occasions dans lesquelles elles ont réagi de manière particulière durant les

trois derniers mois : « non » ; « une ou deux fois » ; « parfois » ; « souvent ». Ces réponses sont respectivement notées 0, 1, 2, 3.

Les scores varient entre 0 et 90, les scores globalement bas, et avec un score bas dans les catégories engagé et tolérant indiquent généralement moins de symptômes (comme de l'anxiété ou de la peur), une capacité à faire face moins négative (nettoyer après l'utilisateur de drogue, rester discret) et moins d'incidence négative sur la famille. La catégorie retrait est plus complexe vu qu'elle inclut des capacités positives à faire face, comme s'occuper de soi ; cette catégorie a tendance à augmenter avec l'amélioration des capacités à faire face.

Family Drugs Support Questionnaire :

Ce questionnaire est utilisé pour mesurer les changements de coping à travers sept domaines (colère, limites, contrôle, déni, famille, estime de soi et confiance). Il inclut 28 points avec quatre items dans chaque domaine.

Les scores varient sur une échelle à cinq points de « habituellement » jusqu'à « jamais ». Un score entre 4 et 20 est donné pour chaque domaine, avec le calcul d'un score global sur le coping compris entre 28 et 140.

Les bas scores indiquent que la personne est en train de lutter avec des problèmes particuliers (se sentir constamment fâché ou dissimuler le problème) ; les plus hauts scores indiquent un coping plus positif. Un score globalement bas suggère l'utilisation de coping négatif dans plusieurs domaines. Un score plutôt élevé indique qu'une personne fait face plus positivement.

Client Satisfaction questionnaire :

Ce questionnaire comporte huit items pour mesurer et accéder à la satisfaction dans des services de santé. Les plages de score vont de 8 à 32. Un haut score indique une haute satisfaction. Le CSQ est documenté pour avoir une excellente fiabilité et une bonne cohérence interne.